

Schriftenreihe
der IHK Würzburg-Schweinfurt
Nr. 32/2012

Analyse der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken



Würzburg-Schweinfurt
Mainfranken

- Standortpolitik
- Existenzgründung und Unternehmensförderung
- Aus- und Weiterbildung
- Innovation und Umwelt
- International
- Recht und Steuern

Analyse der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken

**Eine Kooperation der IHK Würzburg-Schweinfurt
mit der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Institut für Geographie und Geologie – Humangeographie,
Lehrstuhl für Wirtschaftsgeographie
von
Dipl.-Geogr. Gregor Scheurich**

**unter Mitarbeit von
Prof. Dr. Ulrike Gerhard
und
Dipl.-Vw. Petra Scheller**

Würzburg, im Mai 2012

Analyse der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken
Schriftenreihe der IHK Würzburg-Schweinfurt
Nr. 32/2012
ISBN 978-3-943920-01-7

Datenstand: Mai 2012

© Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck oder Vervielfältigung auf Papier oder elektronischen Datenträgern sowie Einspeisung in Datennetze nur mit Genehmigung des Herausgebers. Alle Angaben wurden mit größter Sorgfalt erarbeitet und zusammengestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts sowie für zwischenzeitliche Änderungen übernimmt die IHK keine Gewähr. Diese Publikation ist gedruckt auf einem FSC-zertifizierten Naturpapier. Das FSC-Zertifikat steht für eine Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern und kontrollierten Herkünften.



Inhalt

Vorwort	9
I. Projektrahmen und Zielsetzung	13
1. Methodik und Vorgehensweise	14
1.1 Erstellung der Fragebögen	15
1.2 Erstellung der Leitfadeninterviews	16
II. Wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft	19
1. Gesundheitswirtschaft versus Gesundheitswesen	19
2. Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft	19
3. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland	22
3.1 Relevanz für den Arbeitsmarkt	29
4. Gesundheitswirtschaft und demographischer Wandel	37
III. Aktuelle Strukturen der Gesundheitswirtschaft in der Region Mainfranken	43
1. Der IHK-Bezirk	43
2. Struktur der Mainfränkischen Gesundheitswirtschaft	47
3. Die Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken	47
3.1 Kernbereich der mainfränkischen Gesundheitswirtschaft	51
3.2 Vorliefer- und Zulieferindustrien in Mainfranken	52
3.3 Gesundheitsrelevante Randbereiche und Nachbarbranchen in Mainfranken	53
4. Bildung und Forschung im Gesundheitswesen	55
5. Projekte und Kooperationen im Bereich Gesundheitswirtschaft	59
5.1 Region Mainfranken GmbH	60
5.2 Herzinfarktnetz Mainfranken	61
5.3 „Gesundheitsregion Würzburg-Bäderland Bayerische Rhön“	63
5.4 Ärztenetzwerk Mainfranken	66
5.5 Fachforen „Gesundheit“ und „Wissenschaft und Wirtschaft“	67
5.6 Bäderland Bayerische Rhön	68

IV. Zukünftige Potentiale der Gesundheitswirtschaft in der	
Region Mainfranken	71
1. Stärken und Chancen der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken	71
2. Schwächen und Nachteile der Gesundheitswirtschaft	
in Mainfranken	71
3. Handlungsempfehlungen für Mainfranken	76
4. Mehr Anreize für Landärzte schaffen	77
5. Strukturen und Voraussetzungen für die Vernetzung schaffen	83
6. Fachkräftemangel aktiv begegnen	85
V. Zusammenfassung	87
Anhang	87
Literaturverzeichnis	95

Abbildungen im Überblick

Abbildung 1: Das Schalenmodell der Gesundheitswirtschaft	20
Abbildung 2: Möglichkeiten der Abgrenzung innerhalb der Gesundheitswirtschaft	22
Abbildung 3: Kondratieff-Zyklen mit Basisinnovationen und deren Anwendungsfelder	23
Abbildung 4: Gesundheitsausgabenrechnung in Deutschland (1992 bis 2009)	24
Abbildung 5: Krankheitskosten je Einwohner nach Altersklassen (2002 bis 2008)	26
Abbildung 6: Veränderung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Deutschland nach Wirtschaftszweigen (2000 bis 2006)	31
Abbildung 7: Veränderung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Deutschland nach Wirtschaftszweigen (2000 bis 2006)	31
Abbildung 8: Entwicklung der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (2004 bis 2010)	34
Abbildung 9: Prozentualer Anteil der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen der einzelnen Stadt- und Landkreise in Mainfranken im Jahr 2010	35
Abbildung 10: Bevölkerung nach Altersgruppen (2008 und 2060)	38
Abbildung 11: Die Region Mainfranken	44
Abbildung 12: Verteilung der 170 medizinischen Forschungspreise für die Universität Würzburg im Zeitraum von 1993 bis 2006	57
Abbildung 13: Verteilung der 72 Wissenschaftspreise im Bereich Biomedizin (1993 bis 2006)	58
Abbildung 14: Logo der „Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön“	63
Abbildung 15: Versorgungsgrad der Hausärzte in der Region Mainfranken	81

Tabellen im Überblick

Tabelle 1: Erwerbstätige und Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft nach Gütergruppen (2005)	28
Tabelle 2: Gesundheitsberufe (Vollzeitkräfte) mit dem größten Zuwachs im Zeitraum von 2000 bis 2009	32
Tabelle 3: Vergleich der Beschäftigtenzahlen der eigenen Erhebung mit den Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung	36
Tabelle 4: Bevölkerung nach Altersgruppen 2008 und 2020	39
Tabelle 5: Demographische Veränderungen in Mainfranken der Altersgruppen 65 bis 70 und der über 80 Jährigen (2009 und 2030)	42
Tabelle 6: Betriebe, Wertschöpfung, Beschäftigung, Ausbildung im IHK-Bezirk Würzburg-Schweinfurt	45
Tabelle 7: Die Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken	48
Tabelle 8: Betriebsformen der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken	49
Tabelle 9: Überwiegender Tätigkeitsbereich der Unternehmen	50
Tabelle 10: Persönliche Einschätzung der Unternehmen zur wirtschaftlichen Lage in den nächsten 3 Jahren	51
Tabelle 11: Fachdisziplinen der niedergelassenen Ärzte (einschließlich Zahnärzte) in Mainfranken	52
Tabelle 12: Therapeuten in Mainfranken und deren Fachbereiche	52
Tabelle 13: Die wichtigsten angegebenen Kooperationspartner der Akteure	60
Tabelle 14: Stärken der Gesundheitswirtschaft aus Sicht der Unternehmen	74
Tabelle 15: Konkrete Verbesserungsvorschläge der Akteure für die Gesundheitswirtschaft der Region Mainfranken	77
Tabelle 16: Handlungsfelder der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken mit besonderem Entwicklungsbedarf aus Sicht der Akteure	78

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben
BAB	Bundesautobahn
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
BRD	Bundesrepublik Deutschland
EKG	Elektrokardiogramm
EU	Europäische Union
FuE	Forschung und Entwicklung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherungen
IHK	Industrie und Handelskammer
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
Krfr. St.	Kreisfreie Stadt
Lkr.	Landkreis
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NACE-Revision 2	Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne; Wirtschaftszweigklassifikation der Europäischen Gemeinschaft
PKV	Private Krankenversicherungen
SGB	Sozialgesetzbuch
WZ 2008	Deutsche Klassifikation der Wirtschaftszweige aus dem Jahr 2008
ZfT	Zentrum für Telematik e.V.

Vorwort

Die Gesundheitswirtschaft als Zukunftsbranche in Mainfranken

Aktuell sind in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland rund 5,4 Millionen Menschen beschäftigt, wobei der Wert je nach Abgrenzung etwas variiert, grundsätzlich aber einem ungefähren Anteil von 11,5 Prozent aller Erwerbstätigen entspricht (Henrich 2011). Die deutsche Automobilindustrie inklusive Nutzfahrzeuge und Zulieferer beschäftigt dagegen „nur“ rund 730.000 Menschen, allerdings umfasst diese Zahl lediglich die Produktion im engeren Sinne, nicht aber sämtliche Zuliefer- bzw. Reparaturdienste (Verband der Automobilindustrie 2012). Trotz dieses eingeschränkten Vergleichs verdeutlichen die Zahlen die hohe Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, die im Jahr 2010 einen Umsatz von mehr als 287 Millionen Euro in Deutschland erzielte (Bundesministerium für Gesundheit 2011). Die Gesundheitsausgaben wachsen in den meisten OECD-Ländern deutlich schneller als die Wirtschaftsleistungen der Länder und machen in Deutschland allein 12 Prozent des Bruttoinlandsprodukts, in den USA – dem weltgrößten Gesundheitsmarkt – sogar 20 Prozent des BIP aus (Henrich 2011). Die hohe Beschäftigtenzahl und damit einhergehend ein überdurchschnittlicher Anteil an weiblichen Beschäftigten gehören zu den besonderen Merkmalen einer Branche, die sehr personalintensiv ist und überwiegend dem Dienstleistungssektor zuzuordnen ist: Ihr Wert äußert sich nicht alleine in der Herstellung von Produkten und materiellen Gütern (obwohl diese, wie zum Beispiel orthopädische Geräte, Medizintechnik oder Zahnersatz, ebenfalls dazu gehören), sondern in der Bereitstellung von Dienstleistungen wie die medizinische Versorgung in Krankenhäusern und Arztpraxen, die Versorgung und Beratung mit Krankenversicherungen, das Kur- und Bäderwesen sowie der Medikamentenverkauf in den Apotheken. Wie bei dieser kurzen Auflistung bereits deutlich wird, handelt es sich um eine sehr heterogene Branche, deren verschiedene Segmente nicht immer eindeutig und vor allem in Branchenuntersuchungen auch nicht einheitlich abgegrenzt werden. Daher existieren im Unterschied zu anderen Branchen kaum Datenbanken, die diesen Wirtschaftsbereich komplett erfassen und analysieren.

Nicht zuletzt aus diesen Gründen wurde die Gesundheitswirtschaft trotz ihrer hohen wirtschaftlichen Bedeutung und ihres Wachstumspotentials in der Vergangenheit und insbesondere auch in wissenschaftlichen Fachkreisen bemerkenswert selten explizit untersucht. Eine wichtige Ausnahme stellt das Institut

für Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen um PD Dr. Josef Hilbert dar, das sich seit einigen Jahren intensiv mit den Entwicklungen dieser Branche auseinandersetzt und auch beratend für viele Kreise und Regionen tätig ist (vgl. z.B. Goldschmidt/Hilbert 2009; Dörpinghaus/Hilbert 2010; Evans/Hilbert/Kremer 2011). In der Wirtschaftsgeographie stellt die Gesundheitswirtschaft jedoch ein nahezu nicht berücksichtigtes Untersuchungsgebiet dar. Dies hat sich in letzter Zeit aus verschiedenen Gründen ganz erheblich geändert. Zum einen wird der dramatische demographische Wandel in der Bundesrepublik (wie auch in vielen anderen europäischen Ländern) zu einer kontinuierlich steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und -produkten führen. Diese kann zum Teil bereits jetzt nicht mehr befriedigt werden, wie sich in dem aktuellen, zukünftig aber noch weiter zunehmendem Mangel an Pflegepersonal wie auch an Ärzten in einigen Regionen und Segmenten zeigt. Die Gesundheitswirtschaft zählt somit zu den wichtigsten Wachstumsbranchen hinsichtlich der Beschäftigtenentwicklung in der Bundesrepublik, allein bis 2030 wird Schätzungen zufolge jeder fünfte Arbeitnehmer in diesem Bereich tätig sein (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Auch der Forschungsbedarf nimmt in einer alternden Gesellschaft stetig zu, da ein zunehmender Anteil der Bevölkerung in einem höheren Alterssegment lebt und somit bestimmte Krankheiten häufiger auftreten und behandelt werden müssen. So ergibt sich eine erhöhte Nachfrage zum Beispiel in der Krebsbekämpfung oder der Diabetesbehandlung, in die hohe Forschungssummen investiert werden. Insofern spielt die Gesundheitswirtschaft, was den Bereich Forschung & Entwicklung betrifft, eine ganz entscheidende Bedeutung für das universitäre wie auch außeruniversitäre Forschungswesen. Universitäten mit herausragendem Forschungsprofil zählen zu den exzellenzträchtigen Standorten mit hoher Drittmittelakquise und Spin-Off-Effekten. Eine stärkere Vernetzung bzw. Einbindung der Hochschulen in die angewandte Gesundheitswirtschaft ist daher ratsam.

Und schließlich ändern sich die Bedürfnisse und Gewohnheiten der Menschen, was ebenfalls zu einer verstärkten Nachfrage nach Gesundheits- und Wellness-Produkten wie auch deren Dienstleistungen führt. Definiert man die Gesundheitswirtschaft in einem weiten Sinne, zählen neben den klassischen, oben zum Teil genannten Sektoren auch die gesamten Wellness-, Ernährungs-, Sport- und Freizeitbereiche dazu, die in den letzten Jahren stark expandiert sind. Auch hier gibt es bemerkenswerte Synergieeffekte, die in erfolgreichen Gesundheitsregionen vernetzt werden sollten.

Die „Zukunftsbranche Gesundheitswirtschaft“ (Goldschmidt/Hilbert 2009) spiegelt somit den Strukturwandel unserer Gesellschaft wider und stellt ein wichtiges Forschungsfeld dar, das für die zukünftige Entwicklung und nicht zuletzt auch die Positionierung von Regionen in der Bundesrepublik von großer Bedeutung sein dürfte. Gerade eine Region wie Mainfranken, die zwar durch zwei Oberzentren charakterisiert wird, zugleich aber ein sehr ländliches und zum Teil auch von Abwanderung oder Schrumpfung betroffenes Gebiet ist, gleichzeitig mit der Gesundheitsregion Bäderland Bayerische Rhön eine lange Tradition im Kur- und Bäderbereich besitzt, muss sich hier den aktuellen Herausforderungen stellen und ähnlich wie bereits einige erfolgreiche Regionen in Deutschland Zukunftskonzepte für die Gesundheitswirtschaft entwickeln. Hier ist die Kooperation von Forschung & Entwicklung, medizinische Behandlung, Kur- und Bäderwesen sowie angegliederter Bereiche extrem wichtig, um Potentiale zu stärken und vor allem für die Zukunft auszubauen. Auch Mainfranken muss einen expliziten „Raum für Gesundheit“ schaffen, wie es zum Beispiel die Metropolregion Rhein-Neckar in dem BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ formuliert hat. Dabei wird Mainfranken nicht mit Regionen, die Großunternehmen der Gesundheitswirtschaft (wie zum Beispiel Roche und BASF in Rhein-Neckar) vorweisen können, gleichziehen können. Mainfranken sollte eigene Profile entwickeln, die sie als eine zukunftssträchtige Region neben anderen Gesundheitsregionen in Deutschland darstellen.

Es ist daher sehr begrüßenswert, dass die IHK Würzburg-Schweinfurt die Initiative ergriffen hat, ähnlich wie andere IHKs in Deutschland zu anderen Kreisen eine grundlegende Untersuchung über die Gesundheitswirtschaft in Mainfranken anzustoßen. In Kooperation mit der Universität Würzburg, speziell dem Lehrstuhl für Wirtschaftsgeographie, wurde ein Untersuchungsdesign entwickelt, das die Grundlage für eine Potentialanalyse der Gesundheitswirtschaft in dieser Region bildet. Denn erst wenn grundlegende Daten vorhanden und die wesentlichen Strukturen dieses vielfältigen Wirtschaftssektors erfasst und analysiert sind, können Prognosen, Konzepte und Initiativen für die Zukunft entwickelt werden. Die vorliegende Arbeit versteht sich somit als Beitrag zur Grundlagenforschung über einen sehr zukunftssträchtigen Wirtschaftsbereich, dessen Aufarbeitung an der Schnittstelle von Wirtschaftsgeographie, Lebenswissenschaften und Sozialwissenschaften liegt. Wie die Lektüre zeigen wird, handelt es sich bei Mainfranken um eine Region, die sich in Zukunft unbedingt weiter mit dem Thema Gesundheitswirtschaft befassen sollte.

Ulrike Gerhard, Barbara Hahn, Heidelberg/Würzburg, Juli 2012

I. Projektrahmen und Zielsetzung

Es ist unbestritten, dass eine der Stärken der Region Mainfranken, mit den bedeutenden Zentren Würzburg, Schweinfurt und Bad Kissingen, im Gesundheitsbereich verankert ist (Holste 2010, 85 f.). Vor allem die Frage nach der infrastrukturellen Ausstattung im Gesundheitsbereich und die gesundheitsbezogene Unternehmensstruktur in Mainfranken sind von Interesse. Sie bildet einen wichtigen Anknüpfungspunkt für das Ausschöpfen der lokal vorhandenen Potentiale. Auf diesem Gebiet existieren keine vergleichbaren Studien und die bisherige vorhandene Datenlage für Mainfranken ist ausbaufähig.

Die IHK besitzt zwar eine Datenbank mit Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, aber zahlreiche Akteure, zum Beispiel Ärzte, sind nicht Mitglieder der IHK und somit auch nicht in der Datenbank verzeichnet. Gegenüberstellungen mit anderen Regionen von ähnlicher Größe können dann explizit auf die Stärken und Potentiale, sowie auf die Schwächen und Defizite Mainfrankens verweisen. Entscheidend ist, dass für den zukunftssträchtigen Sektor Gesundheitswirtschaft im Raum Mainfranken eindeutig Forschungsbedarf besteht. Der Mangel an Daten über die Anzahl und Branchenzugehörigkeit der einzelnen Akteure der Gesundheitswirtschaft ist für eine Region, die den Anspruch erhebt „Mainfranken auch künftig als eigenständige Region zwischen den Metropolregionen Nürnberg und Frankfurt/Rhein-Main zu positionieren“, unbefriedigend (Regierung von Unterfranken 2011 a).

Im März 2011 entschlossen sich die IHK Würzburg-Schweinfurt und die Universität Würzburg gemeinsam eine „Potentialanalyse der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken“ durchzuführen. Zeitlich war die Studie auf die Dauer von etwa einem Jahr angelegt. Vorrangiges Ziel des Projektes war es sämtliche Akteure der Gesundheitswirtschaft systematisch zu befragen und ein Profil der Gesundheitswirtschaft im Raum Mainfranken zu erstellen. Die Aufmerksamkeit für die Bedeutung der mainfränkischen Gesundheitswirtschaft sollte erhöht werden, indem eine systematische Bestandserhebung der vorhandenen Ressourcen vorgenommen und deren Potentiale aufgezeigt wurden. Ein zentraler Untersuchungsgegenstand waren auch die bestehenden Kooperationen und Vernetzungen innerhalb der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken. Mit Hilfe der empirischen Arbeiten sollte eine Datenbasis geschaffen werden, die es den regionalen Akteuren ermöglicht, eine eigenständige Analyse und Bewertung der Ergebnisse vorzunehmen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Ferner wurden neben dieser umfassenden Bestandsaufnahme unterschiedliche Bereiche mit

bestehendem Handlungsbedarf aufgezeigt, die jedoch nicht als abschließende Handlungsmaßnahmen zu verstehen sind. Die vorliegende Arbeit soll einen wichtigen Beitrag zum aktiven Dialog der Akteure liefern und darüber hinaus einen Impuls zur stärkeren Vernetzung und Kooperation zwischen den verschiedenen Branchen in der regionalen Gesundheitswirtschaft geben.

1. Methodik und Vorgehensweise

Als ein erster Schritt des Projektes ist die vorhandene Adressdatenbank der IHK von anfänglich circa 2.000 auf 4.858 Adressen erweitert worden und die bereits vorhandenen Adressen und Ansprechpartner der einzelnen Unternehmen wurden auf deren Aktualität überprüft. Die Datenreihe wurde auch um einige Akteure, die nicht Mitglieder der IHK sind, ergänzt, beispielsweise gemeinnützige Wohlfahrtsverbände und niedergelassene Ärzte. Theoretische Grundlage für die Datenerhebung bei der Studie bildet das „Schalenmodell der Gesundheitswirtschaft“ des Instituts Arbeit und Technik in Gelsenkirchen (IAT) (siehe Kapitel II.2). Zur Grundgesamtheit der Erhebung zählen alle relevanten Unternehmen der Gesundheitsbranche, d.h. neben den ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen (z.B. Pflegedienste, Krankenhäuser) wurden auch die Zulieferdienste (z.B. Gesundheitslogistik, Gesundheitshandwerk und Biotechnologie, Medizininformatik) systematisch erfasst.

Neben klassischem Kernbereich (siehe Abbildung 1) und Zulieferindustrie der Gesundheitswirtschaft sind zusätzlich auch Unternehmen der Randbereiche und Nachbarbranchen erfasst, wie z.B. Unternehmen aus dem Wellnessbereich oder gesundheitsbezogene Sportanbieter. Kategorisiert sind die einzelnen Firmen und Einrichtungen gemäß der Klassifikation für Wirtschaftszweige (WZ) aus dem Jahr 2008. Eine Systematik, die rechtsverbindlich auf der statistischen Systematik zur Klassifikation von Wirtschaftszweigen in der Europäischen Gemeinschaft, der NACE Revision 2 (Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne), aufbaut (Statistisches Bundesamt 2008, 3). Dabei muss angemerkt werden, dass es bislang in der Literatur keine allgemein verbindliche Definition gibt, welche Wirtschaftszweige, weder nach WZ 2008, noch nach der NACE Revision 2, zur Gesundheitswirtschaft zählen und welche nicht.

Weiterhin enthält die Datenbank sämtliche niedergelassenen Ärzte in Mainfranken (2.440), die wie die anderen neu hinzugekommenen Adressen auch

über Telefon- und Branchenbücher erfasst und in ihre jeweiligen Fachgebiete geordnet wurden.

Nach der abgeschlossenen Bestandserhebung wurde in einem zweiten Schritt jeder in der Datenbank erfasste Akteur im September 2011 mit einem standardisierten Fragebogen angeschrieben. Neben allgemeinen Fragen zur Größe, Beschäftigtenstruktur und der Entwicklung der Unternehmen war es von besonderem Interesse bereits vorhandene Kooperationen und Netzwerkstrukturen unter den Firmen aufzudecken. Ebenso wurden die Stärken und Schwächen der Gesundheitswirtschaft aus persönlicher Sicht der Akteure in Mainfranken erfragt. Insgesamt wurden 4.858 Fragebögen verschickt. Es antworteten 440 Akteure, was einer Rücklaufquote von etwa 9,1 Prozent entspricht. Die Angaben im Fragebogen wurden zur statistischen Auswertung kodiert und in eine Datenbank eingegeben. Mit Hilfe des Statistikprogramms „SPSS“ wurden die Antworten quantitativ ausgewertet und in mehreren Ergebnistabellen zusammengefasst.

In einem dritten Schritt wurden Mitte November bzw. Anfang Dezember 2011 aufbauend auf dieser quantitativen Analyse einige bedeutende, gesundheitswirtschaftlich relevante Akteure der Region, teilweise persönlich, teilweise erneut in schriftlicher Form mittels eines qualitativen Leitfadenterviews befragt. Neben vier persönlichen Gesprächen wurden von den 17 schriftlich versendeten Fragebögen fünf beantwortet, so dass man insgesamt auf 9 weitere Expertenmeinungen zurückgreifen konnte. Ziel dieser Interviews war es, aus Sicht einiger Experten die Entwicklungspotentiale der Region aufgrund der vorhandenen Unternehmens- und Dienstleistungsstrukturen abzuschätzen, um dann erste, vorsichtige Interpretationen und Handlungsempfehlungen für die Zukunft aufzuzeigen. Die einzelnen ausgewählten Vertreter der hiesigen Gesundheitswirtschaft wurden nach ihrer Einschätzung zur gesundheitswirtschaftlichen Zukunft der Region Mainfranken und den sich bietenden Chancen befragt. Diese Angaben ergänzen auf qualitative Art und Weise die erhobenen Daten des Fragebogens.

1.1 Erstellung der Fragebögen

Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit den betreuenden Dozentinnen und in enger Absprache mit den Vertretern der IHK entworfen (siehe Kapitel I im Anhang). Alle relevanten Akteure wurden mit einem einheitlichen Fragebogen angeschrieben um eine vergleichbare statistische Analyse zu gewährleisten. In der Genauigkeit und Relevanz der einzelnen Fragen für die unterschiedlichen

angeschriebenen Akteursgruppen mussten dadurch zwar einige Kompromisse eingegangen werden, zumal beispielsweise Ärzte und Unternehmen gleichzeitig angeschrieben wurden, die Prämisse der Vergleichbarkeit aller Daten untereinander hatte jedoch die höchste Priorität. Die Auswertung der Fragebögen zeigte, dass dieser Kompromiss zu Gunsten der Einheitlichkeit letztendlich keine erkennbaren negativen Auswirkungen auf das Ausfüllverhalten der angeschriebenen Akteure hatte.

Der Fragebogen, der an ausgewählte Akteure der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken verschickt wurde und gleichermaßen als Vorlage für die vier qualitativen Interviews verwendet wurde, bezieht sich zum einen auf den jeweiligen Arbeitsbereich der Befragten, zum anderen werden, ähnlich wie bei dem an die Unternehmen verschickten Fragebogen, allgemeine Einschätzungen zur Gesundheitswirtschaft in Mainfranken abgefragt, wobei alle Fragen in offener Form gestellt sind (Allgemeiner Teil des Fragebogens siehe Kapitel II im Anhang). Aus diesem Grund unterscheiden sich die einzelnen Fragebögen in Teilbereichen untereinander und sind als schriftliche, qualitative Interviews aufzufassen. Da die individuell zugeschnittenen Teile der Fragebögen jedoch nicht untereinander verglichen werden können, sondern lediglich die individuelle Einschätzung und Expertenmeinung von Interesse sind, spielt die direkte Vergleichbarkeit einiger Teile der Fragebögen untereinander nur eine untergeordnete Rolle.

1.2 Erstellung der Leitfadeninterviews

Aufbauend auf den gewonnenen Erkenntnissen des ersten Fragebogens konnte im Anschluss der Leitfaden für die Interviews mit ausgewählten Akteuren der mainfränkischen Gesundheitswirtschaft entwickelt werden (siehe Kapitel II im Anhang). Neben der Erstellung des Leitfadens galt es zunächst geeignete Gesprächspartner zu finden. Es wurde versucht Akteure der Gesundheitswirtschaft auszuwählen, die mit der Materie und den Themen rund um Gesundheitsregionen und deren intraregionale Vernetzung weitestgehend vertraut sind. Darüber hinaus sollten die Gesprächspartner insgesamt über eine hohe fachliche Kompetenz verfügen und eine vergleichsweise bedeutende Rolle innerhalb aller Akteure der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken einnehmen. Vier Interviews wurden in persönlichen Gesprächen unter Beachtung des Leitfadens durchgeführt. Weitere 17 Leitfäden wurden so aufbereitet, dass sie als ein zweiter Fragebogen an die ausgewählten Akteure der Region verschickt werden konnten. Die Kernaussagen, sowohl der persönlichen, als auch der schriftlichen

Interviews, sind als wichtige Größe unter anderem in die Stärken- und Schwächenanalyse eingeflossen (siehe Kapitel IV.1 und IV.2).

Bei den persönlichen Gesprächen stellte der Leitfaden lediglich eine Orientierungshilfe für den Gesprächsverlauf dar und die Reihenfolge der Fragen war nicht zwingend vorgegeben und wurde situativ ergänzt. Der im Anhang (Kapitel II) befindliche Leitfaden enthält ausschließlich die Schlüsselfragen, die als besonders wichtig erachtet wurden und in jedem Fall zur Sprache kommen sollten.

Die Aussagen der qualitativen Interviews ergänzen und unterstützen argumentativ die vorher gewonnenen Ergebnisse der quantitativen Analyse.

II. Wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft

1. Gesundheitswirtschaft versus Gesundheitswesen

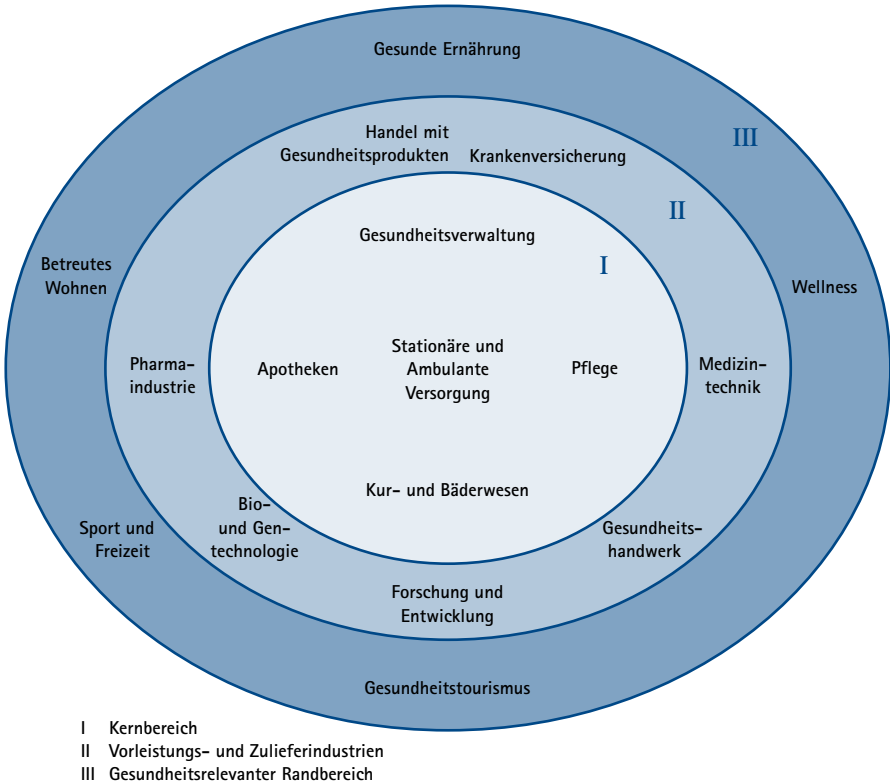
Der Begriff „Gesundheitswesen“ impliziert grundsätzlich eine institutionelle Unterteilung in die ambulante und stationäre medizinische Versorgung (Hilbert 2002, 3). Dieser sogenannte Kernbereich umfasst alle Krankenhäuser, Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen, Arztpraxen sowie sämtliche Pflegeeinrichtungen (Behrend 2011, 11). Die „Gesundheitswirtschaft“ ist hingegen weiter gefasst und beinhaltet auch Unternehmen der medizinischen Zulieferindustrie sowie Dienstleister, die sich auf Prävention (Krankheitsvorbeugung), Kuration (Heilung) und Rehabilitation (Wiederherstellung der Gesundheit) spezialisiert haben. Als Beispiele sind hier Firmen der Pharmazie, Biotechnologie und Medizintechnik ebenso wie der Handel mit Gesundheitsprodukten und der gesamte Bereich der medizinischen Forschung und Entwicklung zu nennen (Behrend 2011, 11).

Das Gesundheitswesen an sich ist somit als ein Teil der mehrschichtigen Gesundheitswirtschaft zu sehen.

2. Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft

Bislang gibt es keine abschließende Definition der Gesundheitswirtschaft als eigenständiger Wirtschaftszweig: Weitgehend anerkannt ist die des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen. Dem zu Folge setzt sich die Branche aus einem Kern mit einigen mehr oder weniger verbundenen Randbereichen zusammen. Abbildung 1 veranschaulicht die drei idealtypischen Bereiche der Gesundheitswirtschaft.

Abbildung 1: Das Schalenmodell der Gesundheitswirtschaft



Quelle: eigene Darstellung nach Behrend 2011, 12; Sell 2005, 17 & Hilbert 2008, 64

Den Kernbereich bilden die ambulanten und stationären Einrichtungen in der Gesundheitsversorgung und die Altenhilfe sowie die Gesundheitsverwaltung. Charakteristisch ist dieser Bereich sehr personal- und beschäftigungsintensiv aufgebaut. Hierzu zählen neben den Krankenhäusern und den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auch die Arzt- und Zahnarztpraxen, die Praxen der nichtärztlichen medizinischen Berufe, Apotheken und alle teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Zwar steht in Paragraph 1 Absatz 2 der Bundesärzteordnung: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe“, dennoch stellt die Ärzteschaft ein zentrales Element der gesamten Gesundheitswirtschaft dar. Die Ärzte sind nicht als ein wirtschaftliches Unternehmen aufzufassen, sondern als Teil eines immer bedeutender

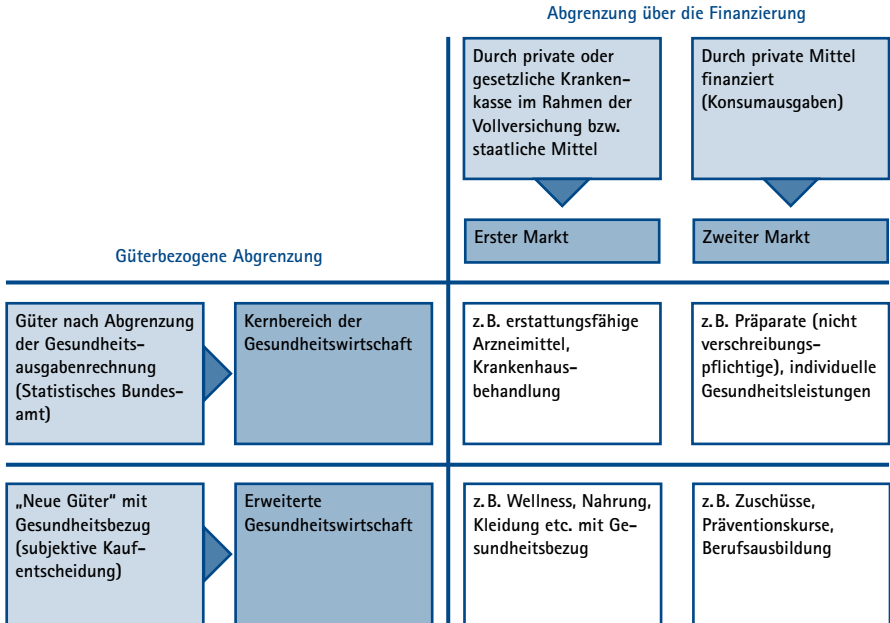
werdenden Wirtschaftszweiges. Somit ist es nicht falsch die Ärzte und auch andere Einrichtungen ohne gewerbliche Absichten (z.B. wohlfahrtsorientierte Stiftungen oder gemeinnützige Pflegedienstleister), zum Kreis der Akteure der Gesundheitswirtschaft hinzuzuzählen. Darüber hinaus bilden die niedergelassenen Ärzte das zentrale Element der stationären Versorgung (Bundesärzteordnung 2011).

Der zweite Bereich, der Vorleistungs- und Zulieferbereich, umfasst zum einen die sogenannten Health Care Industries, dies sind die Pharmaindustrie, die Medizintechnik und die medizinische Forschung und Entwicklung. Zum anderen zählen das Gesundheitshandwerk und der Gesundheitshandel, sowie der Großhandel mit medizinischen Produkten zum Bereich der Zulieferindustrien (Sell 2005, 18). Im übertragenen Sinne arbeitet der zweite Bereich der Gesundheitswirtschaft dem Kernbereich zu und stellt Arbeitsgeräte und Arzneimittel zur Verfügung. Es besteht somit in gewissem Maße eine gegenseitige Abhängigkeit im positiven Sinne, d.h. beide Bereiche profitieren im Endeffekt voneinander.

Darüber hinaus gibt es den dritten großen Bereich, der die Gesundheitswirtschaft mit anderen Branchen verknüpft, der sogenannte gesundheitsrelevante Randbereich. Hierzu zählen beispielsweise der gesamte Fitness- und Wellnessbereich, die Ernährungsberatung und auch der Gesundheitstourismus. In der Praxis ist dieser dritte Bereich häufig schwierig abzugrenzen und der Übergang zu anderen Wirtschaftsbereichen ist fließend (Behrend 2011, 11; Hilbert 2008, 2 & Sell 2005, 17).

Neben der güterbezogenen Einteilung in einen Kernbereich und eine erweiterte Gesundheitswirtschaft gibt es eine weitere Möglichkeit die Gesundheitswirtschaft intern über die Schiene der unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten zu untergliedern. Hierbei wird die Gesundheitswirtschaft in einen ersten und zweiten Markt unterteilt (siehe Abbildung 2). Der erste Markt beinhaltet das gesamte solidarisch finanzierte Gesundheitswesen, das über die Erstattungen der Krankenversicherungen bezahlt wird. Der zweite Markt beschreibt dagegen die darüber hinausgehenden privat finanzierten Gesundheitsausgaben. Vor allem dem zweiten Gesundheitsmarkt wird von Experten in Zukunft großes Wachstumspotential bescheinigt (Henke 2011, 96). Die nachfolgende Abbildung 2 veranschaulicht die beiden Möglichkeiten der Abgrenzung, die prinzipiell zu einer identischen Kategorisierung der Gesundheitswirtschaft führen.

Abbildung 2: Möglichkeiten der Abgrenzung innerhalb der Gesundheitswirtschaft

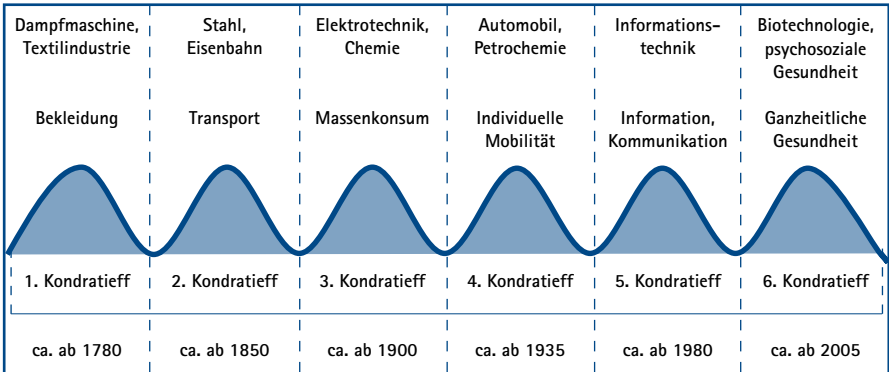


Quelle: eigene Darstellung nach Neumann 2009, 11

3. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland

Die Gesundheitswirtschaft gilt allgemein hin als die Zukunftsbranche. Die theoretischen Überlegungen zu den Wachstumschancen in der Gesundheitswirtschaft basieren auf dem Kondratieff-Zyklus, der von dem russischen Wirtschaftswissenschaftler Nikolai Kondratieff zum ersten Mal 1926 beschrieben wurde. Demnach entwickelt sich die Wirtschaft in Konjunkturwellen von etwa 50 Jahren. Derzeit befinden wir uns im sechsten Kondratieff-Zyklus, in dessen Vordergrund die psychosoziale Gesundheit, die Biotechnologie und die Umwelttechnologien stehen.

Abbildung 3: Kondratieff-Zyklen mit Basisinnovationen und deren Anwendungsfelder



Quelle: eigene Darstellung nach Granig 2011, 27

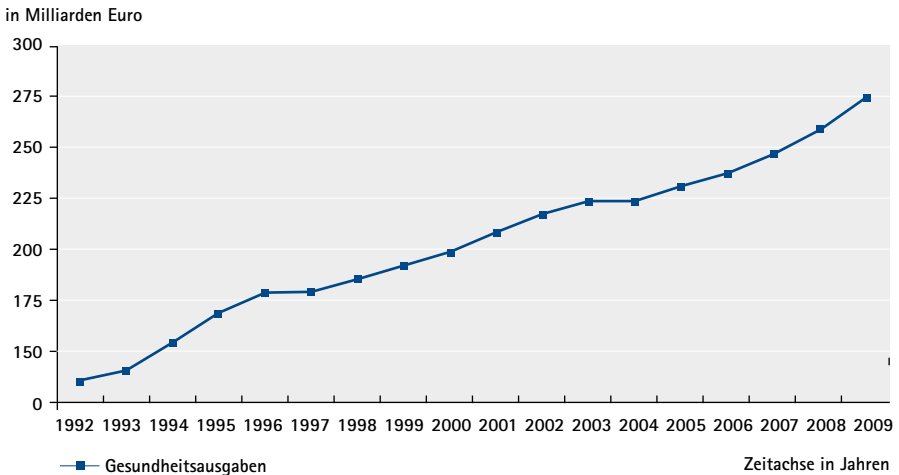
Das Gesundheitswesen wird häufig als konsumtiver Wohlfahrtssektor wahrgenommen und wird bis heute nicht explizit als eigenständiger Teil in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Bundesrepublik Deutschland aufgeführt, trotz eines Anteils von 11,6 Prozent am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2009 (Statistisches Bundesamt 2011 & Hilbert 2002, 3 f.). Genauer betrachtet ist die Gesundheitswirtschaft jedoch ein hoch produktiver Wirtschaftssektor. Eine gut ausgebaute Gesundheitsversorgung in Verbindung mit einem leistungsfähigen Rehabilitationswesen ist in der Lage zahlreiche Arbeitsplätze zu schaffen und hat in der Gesamtbetrachtung einen großen volkswirtschaftlichen Nutzen (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2010).

Vor allem für den Arbeitsmarkt ist die beschäftigungsintensive Branche von großer Wichtigkeit. Mit rund 280 Milliarden Euro Umsatz im Jahr 2010 und ungefähr 5,4 Millionen Beschäftigten, Tendenz steigend, zählt der Gesundheitssektor insgesamt zu den größten und vor allem wachstumsstärksten Sektoren der deutschen Gesamtwirtschaft (Henrich 2011, 1).

In Deutschland lagen 2009 die Ausgaben für Gesundheit bei 278,3 Milliarden Euro. Im Vergleich zu 2008 (264,5 Milliarden Euro) ist somit ein Anstieg von 13,8 Milliarden Euro zu verzeichnen, was einem prozentualen Anstieg von 5,2 Prozent entspricht. Vergleicht man die Zahlen mit den Wachstumsraten der Vorjahre, so kann man indirekt auch hier die gewachsene Bedeutung der Gesundheitswirtschaft erkennen, denn zwischen 2000 und 2008 lagen die jährlichen Wachstumsraten nur bei circa 2,7 Prozent (Statistisches Bundesamt 2011 a). Die Abbildung 4 veranschaulicht das kontinuierliche Wachstum der Gesundheits-

ausgaben von 1992 bis einschließlich 2009. In diesem Zeitraum von 17 Jahren haben sich die Ausgaben nahezu verdoppelt. Die Gründe für das Ansteigen der Gesundheitsausgaben über die Jahre gesehen sind vielschichtig und nur mehrdimensional zu erklären. Prinzipiell sind die gestiegenen Gesundheitsausgaben über die letzten Jahre im Hinblick auf eine mögliche größere ökonomische Produktivität der Arbeitnehmer positiv zu bewerten.

Abbildung 4: Gesundheitsausgabenrechnung in Deutschland (1992 bis 2009)



Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2011 b

Mehr Ausgaben für das Gesundheitssystem haben zwar nicht automatisch ein verbessertes Gesundheitssystem und somit eine leistungsfähigere und gesündere Bevölkerung zur Folge, dennoch ist die Bedeutung, die der Gesundheit von der Politik entgegengebracht wird, als positives Zeichen anzusehen. Fakt ist, dass nur ein gesunder und leistungsfähiger Arbeitnehmer zum Wohlfahrtsgewinn der Gesamtwirtschaft beitragen kann. Eine vermiedene Krankheit ist quasi eine Gesundheitsressource und eine Erhöhung des Anteils an gesunden Erwerbsfähigen. Dies ist ein entscheidender Baustein für mehr Wirtschaftswachstum (Henke 2011, 63).

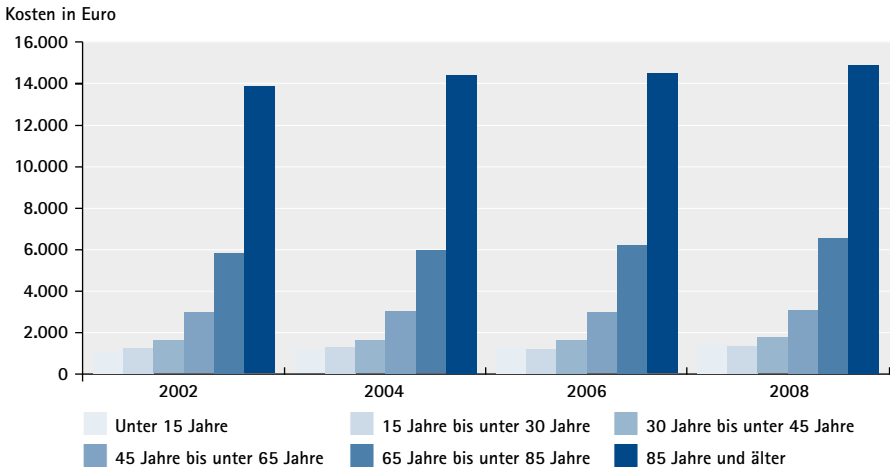
Ein Grund für die gestiegenen Gesundheitsausgaben in Deutschland sind demographische Transformationsprozesse, die in der Fachliteratur mit dem Modell des demographischen Übergangs beschrieben werden. Als Ergebnis dieses Pro-

zesses sind ein Rückgang der absoluten Bevölkerungszahl und ein steigender Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung zu verzeichnen. Der Begriff des demographischen Wandels impliziert darüber hinaus gesellschaftliche Veränderungen. In der Fachliteratur ist häufig zu lesen, dass die Gesellschaft in Deutschland, vereinfacht gesagt, in Zukunft „weniger, älter und bunter“ werden wird (siehe Kapitel II.4) (Bähr 2004, 219 f. & Heineberg 2007, 91 f.).

Es gibt zunehmend mehr ältere Menschen, die allgemein einen größeren Wert auf ihre Gesundheit legen als andere Altersgruppen. Logisch erscheint die Begründung, dass ältere Menschen öfter von Krankheiten betroffen sind und folglich auch mehr Kosten für das gesamte System verursachen. Diese Aussage ist nicht gänzlich falsch, greift in ihrer Analyse jedoch zu kurz. Statistisch betrachtet verursacht ein Mensch die höchsten Kosten für das Gesundheitssystem in den letzten Jahren seines Lebens, unabhängig vom aktuellen Alter des Patienten. D.h. eine steigende Lebenserwartung verschiebt lediglich den Zeitpunkt für das Anfallen des Kostenmaximums. Die steigende Lebenserwartung führt auch dazu, „[...] dass ein heute 70-jähriger Bundesbürger im Durchschnitt etwa fünf Jahre länger gesund ist als noch vor 30 Jahren“ (Löffler 2008, 50 f. & Henke 2007, 5 ff.).

Abbildung 5 veranschaulicht die Verteilung der Krankheitskosten je Einwohner und es wird deutlich, dass die Altersklasse der „85 Jährigen und älter“ mit über 14.000 Euro je Einwohner mit Abstand die meisten Kosten verursacht. Ein Grund hierfür ist die im Alter steigende Wahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit, die dauerhaft behandelt werden muss (Amelung 2000, 2). Es wird in der Abbildung deutlich, dass sich über die letzten Jahre hinweg die Kostenverteilung unter den verschiedenen Altersklassen nur marginal verändert hat.

Abbildung 5: Krankheitskosten je Einwohner nach Altersklassen (2002 bis 2008)



Quelle: eigene Darstellung nach Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010

Die Veränderung der demographischen Faktoren alleine reicht nicht aus, um die über die Jahre gestiegenen Gesundheitskosten zu erklären. Ein weiterer Faktor sind technische Errungenschaften, die bestimmte medizinische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren deutlich vergünstigt haben. So sind beispielsweise Blutanalysen um ein vielfaches billiger als noch vor 20 Jahren. Es erscheint paradox, dass trotz dieser Kostensenkungen für Diagnose- und Therapieverfahren in der Gesamtschau ein Kostenanstieg zu verzeichnen ist. Die entscheidende Veränderung in diesem Zusammenhang ist die immer größer werdende Zahl der Patienten, die derartige neue Geräte und Verfahren in Anspruch nehmen. Die Kostenersparnis, gewonnen aus dem technischen Fortschritt, kann die Mehrkosten durch den massenhaften Einsatz nicht kompensieren.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist es von Bedeutung, dass es bei dem Gesundheitssystem in Deutschland in der Tendenz zu einer Übernutzung in der Inanspruchnahme jeglicher Gesundheitsleistungen bei Patienten wie bei Ärzten kommt. Grund hierfür ist, dass die Patienten durch das Versicherungssystem die eigentlichen Kosten einer Behandlung nicht kennen und es somit keinen direkten Bezug zwischen der individuellen finanziellen Belastung und der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung gibt. Experten sprechen vom sog. Moral Hazard. Vor allem für die Nutzung neuer Therapien und Produkte ist es

charakteristisch, dass es, ungeachtet der hohen Kosten, sofort nach Einführung eines Produktes bzw. einer Therapie eine überdurchschnittliche Nachfrage gibt (Henke 2011, 46).

Bei der genauen statistischen Erfassung der volkswirtschaftlichen Bedeutung muss man beachten, dass Teile der Gesundheitswirtschaft bei ihrer Wertschöpfung der erbrachten Leistungen wie Krankenversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention andere Zielgrößen hervorbringen und im eigentlichen Sinne nichts produzieren. Es geht vielmehr um Begriffe wie Heilung, Linderung und Vermeidung von Krankheit, die in Geldwerten nicht beziffert werden können (Henke 2011, 95).

Tabelle 1: Erwerbstätige und Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft nach Gütergruppen (2005)

	Gesundheitsgütergruppen	Erwerbstätige in Tausend	Anteil an Gesundheitswirtschaft gesamt	Bruttowertschöpfung in Mio. Euro	Anteil an Gesundheitswirtschaft gesamt
Kernbereich Gesundheitswirtschaft (KGW)	Pharmaindustrie	76	1,41 %	9.487	4,59 %
	Medizintechnik	137	2,55 %	8.601	4,16 %
	Sonst. Waren des Kernbereichs	3	0,06 %	237	0,11 %
	Einzelhandel	327	6,08 %	8.116	3,93 %
	Private Versicherungen	17	0,32 %	1.218	0,59 %
	Sozialversicherung, Verwaltung	196	3,65 %	8.766	4,24 %
	Stat. Einrichtungen d. Gesundheits- u. Sozialwesens	1.574	29,27 %	61.118	29,56 %
	Amb. Einrichtungen d. Gesundheits- u. Sozialwesens	1.618	30,09 %	55.458	26,82 %
	Sonst. Dienstleistungen des Kernbereichs	104	1,93 %	5.855	2,83 %
	Erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW)	Dienstleistungen der privaten Haushalte	34	0,63 %	338
Biologische und funktionelle Lebensmittel		101	1,88 %	2.325	1,12 %
Sonstige Gesundheitswaren des Erw. Bereichs		58	1,08 %	4.585	2,22 %
Dienstl. für Sport, Fitness und Wellness		150	2,79 %	5.089	2,46 %
Sonst. Gesundheitsdienstleistungen d. Erw. Bereichs		982	18,26 %	35.570	17,20 %
Summe		5.377	100 %	206.763	100 %

Quelle: eigene Darstellung nach Henke 2011, 103 f.

In Tabelle 1 sind die Erwerbstätigen, aufgeteilt in den Kernbereich (KGW) und den Erweiterten Bereich (EGW) der Gesundheitswirtschaft zusammengefasst dargestellt. Als weitere Information sind Angaben zur Bruttowertschöpfung der

jeweiligen Gütergruppe angegeben. Somit ist ein direkter Vergleich der Arbeitnehmerzahlen mit der generierten Wertschöpfung möglich. Neben der klaren Dominanz des ambulanten und stationären Bereiches, sowohl im Hinblick auf die Beschäftigtenzahlen (jeweils etwa 30 Prozent), als auch in Bezug zur Bruttowertschöpfung (ebenfalls etwa 30 Prozent), ist auffällig, dass im Pharmabereich mit einem Beschäftigtenanteil von 1,4 Prozent an der Gesundheitswirtschaft eine Bruttowertschöpfung von anteilmäßig 4,6 Prozent erwirtschaftet wird. Vor allem beim Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (stationäre und ambulante Versorgung) und mit Abstrichen bei den sonstigen Gesundheitsdienstleistungen des erweiterten Bereiches ist der vergleichsweise hohe Personaleinsatz auffällig.

3.1 Relevanz für den Arbeitsmarkt

Über die letzten Jahre hinweg hat sich die Gesundheitswirtschaft am Arbeitsmarkt als Jobmotor und wichtige Konjunkturstütze auch in Zeiten der Wirtschaftskrise von 2009 gezeigt (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) 2011). Die neuesten Zahlen der Bundesagentur für Arbeit verdeutlichen diesen Trend: Im Zeitraum von Juli 2010 bis Juli 2011 sind im Gesundheits- und Sozialwesen 110.000 neue Arbeitsplätze entstanden (Bundesagentur für Arbeit 2011, 2). Allgemein ist die Gesundheitswirtschaft ein sehr personalintensiver Wirtschaftsbereich, denn die bedeutendste Ressource der gesundheitlichen und medizinischen Betreuung der Bevölkerung ist die menschliche Arbeitskraft (Henke 2011, 225).

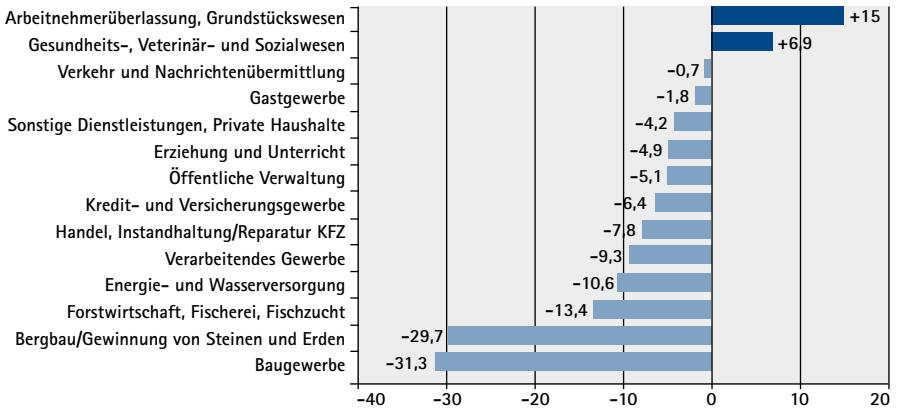
In den Abbildungen 6 und 7 sind die Veränderungen am Arbeitsmarkt von 2000 bis 2006 dargestellt. Es zeigt sich, dass bereits seit der Jahrtausendwende ein kontinuierlicher Beschäftigungszuwachs im Gesundheitswesen stattfindet. Während der sechs Jahre von 2000 bis 2006 sind 6,9 Prozent neue Arbeitsplätze im Gesundheits-, Veterinär und Sozialwesen entstanden, was einem absoluten Zuwachs von 202.364 Arbeitsplätzen entspricht. Vor allem im Vergleich mit anderen Wirtschaftszweigen fällt die besondere Stellung des Gesundheitswesens auf. Nur noch der Bereich Arbeitnehmerüberlassung/Grundstückswesen hat ebenfalls eine positive Entwicklung vorzuweisen. In sämtlichen anderen Wirtschaftszweigen sind Verluste zu verzeichnen. Besonders betroffen sind beispielsweise das Baugewerbe und das verarbeitende Gewerbe mit 677.558 bzw. 696.363 Stellenstreichungen.

Bei den Angaben in den Abbildungen 6 und 7 beziehen sich die prozentualen Gewinne und Verluste immer nur auf die jeweilige Branche. So ist es auch

zu erklären, dass im Bergbausektor mit -29,7 Prozent nach dem Baugewerbe zwar anteilmäßig die zweitgrößten Verluste zu verzeichnen sind, aber „nur“ 44.454 Arbeitsplätze abgebaut worden sind. Im Bergbausektor sind weit weniger Menschen beschäftigt als in der Baubranche. Ähnlich verhält es sich auch mit dem Gesundheitswesen, das als sehr beschäftigungsintensive Branche mit einem Zuwachs von circa 200.000 Arbeitsplätzen einen verhältnismäßig moderaten Anstieg von 6,9 Prozent erreicht. „Das Gesundheitswesen ist personalintensiv, weil die besonderen Anforderungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit in der Regel professionelles Handeln durch Menschen an Menschen erfordern“ (Afentakis 2009, 9). Trotz des anhaltenden technischen Fortschritts wird es in der Gesundheitswirtschaft in absehbarer Zeit höchstwahrscheinlich nicht zu einer Veränderung des geschilderten Sachverhaltes kommen. Die menschliche Fähigkeit eigenständige Entscheidungen zu treffen, beispielsweise in Person eines behandelnden Arztes, spielt im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft eine zentrale Rolle.

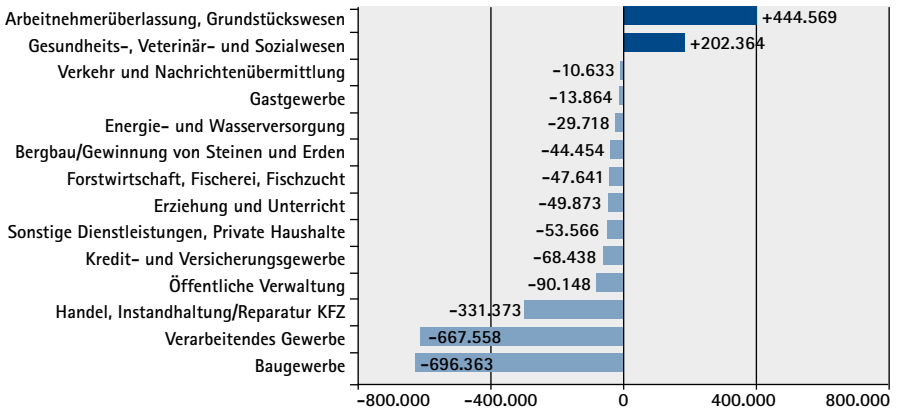
Beschäftigte aus den expandierenden gesundheitsrelevanten Randbereichen (siehe Abbildung 1 Ring III) werden jedoch innerhalb der Gesundheitspersonalrechnung nicht berücksichtigt, da in diesen Berufen die Bewältigung oder Linderung von Gesundheitsproblemen nicht vornehmliches Ziel ist, die aber per Definition ein notwendiges Kriterium für einen Beschäftigten im Gesundheitswesen ist (Afentakis 2009, 8). Ähnlich wie bei der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (siehe Kapitel II.3) und der Wirtschaftszweigeklassifikation (siehe Kapitel II.2) ist auch im Fall der Beschäftigungsstatistiken Nachbesserung angebracht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die expandierenden Bereiche an der Schnittstelle zu anderen Branchen bei weiterem Bedeutungszuwachs innerhalb der Gesundheitswirtschaft in irgendeiner Form Berücksichtigung in den Beschäftigtenzahlen der Gesundheitspersonalrechnung finden werden. Eine solche Veränderung wäre dann den neuesten Entwicklungen innerhalb der Gesundheitswirtschaft entsprechend angemessen.

Abbildung 6: Veränderung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Deutschland nach Wirtschaftszweigen (2000 bis 2006; Prozentangaben)



Quelle: eigene Darstellung nach Bundesagentur für Arbeit 2007, 13

Abbildung 7: Veränderung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Deutschland nach Wirtschaftszweigen (2000 bis 2006; absolute Zahlen)



Quelle: eigene Darstellung nach Bundesagentur für Arbeit 2007, 13

Aufgrund dieser bisher unzureichenden Abgrenzung gehen die Zahlen über die Beschäftigten der Gesundheitsbranche zum Teil je nach Quelle und angewandten Kriterien weit auseinander. Als ein wichtiger Grund hierfür ist die fehlende verbindliche Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen (siehe Kapitel II.2) zu nennen, die das Problem folglich auch auf die Beschäftig-

tenzahlen überträgt. Solange die Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft nicht abschließend geklärt ist, wird es weiterhin auch unterschiedliche Statistiken zu Beschäftigtenzahlen in dieser Branche geben.

Unabhängig für welchen Teilsektor man arbeitet sind für die Ausübung eines Berufes in der Gesundheitswirtschaft unterschiedlichste Qualifikationsanforderungen nötig. Das Spektrum der Tätigkeitsfelder reicht von hochqualifizierten Spezialisten, die meist direkt in der Patientenversorgung beschäftigt sind, bis hin zu einfachen Dienstleistungen, wie etwa eine Reinigungskraft in einem Krankenhaus (für eine ausführliche Definition, welche Personen und Berufsgruppen genau zum Gesundheitspersonal zählen, siehe Afentakis 2009, 7 f.). Charakteristisch für den Arbeitsmarkt der Gesundheitswirtschaft ist eine ausgeprägte Frauendominanz, die sich durch sämtliche Berufsgruppen hindurchzieht. Deutschlandweit sind 72,3 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitswesen weiblich (Afentakis 2009, 10). Gerade auch im Hinblick auf die steigende Anzahl an Ärztinnen und den drohenden Mangel an Hausärzten in ländlichen Gebieten sollte man den Bedürfnissen der Frauen in der Arbeitswelt auch von Seiten der Politik mehr Aufmerksamkeit schenken.

Tabelle 2: Gesundheitsberufe (Vollzeitkräfte) mit dem größten Zuwachs im Zeitraum von 2000 bis 2009

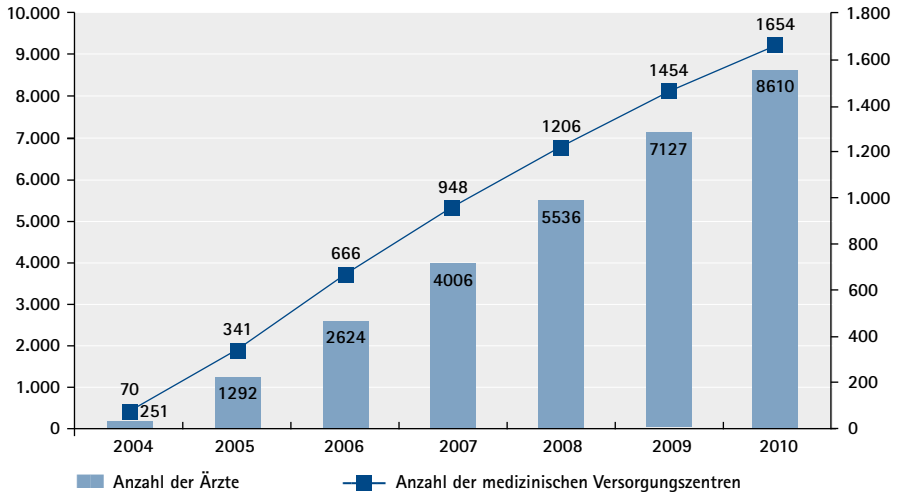
Beruf	Zuwachs 2000 bis 2009	
	absolut	in %
Altenpfleger	82.000	+38,9
Therapeutische Berufe a.n.g.	36.000	+83,7
Physiotherapeuten	35.000	+66,0
Gesundheits- und Krankenpfleger	33.000	+6,0
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer	33.000	+21,4
(zahn-)medizinische Fachangestellte	28.000	+6,4
Ärzte	26.000	+9,8

Quelle: eigene Darstellung nach Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (Hrsg.) 2011, 215

Tabelle 2 zeigt einzelne ausgewählte Berufsgruppen der Gesundheitswirtschaft und deren Veränderungen im zeitlichen Verlauf. Auffällig ist grundsätzlich, dass alle aufgeführten Berufsgruppen zwischen 2000 und 2009 einen moderaten bis enormen Zuwachs erfahren haben. Der erhöhte Bedarf an Altenpflegern ist auf die steigenden Zahlen professionell betreuter Pflegebedürftiger zurückzuführen. Allein zwischen 1999 und 2007 waren sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich prozentuale Zuwächse der Pflegebedürftigen

von über 20 Prozent zu verzeichnen (Henke 2011, 243). Der markante Anstieg der therapeutischen Berufe und der Physiotherapeuten gründet zum einen auf demographische Entwicklungen, d.h. es gibt als Folge der steigenden Anzahl älterer Menschen vermehrt chronisch Kranke und therapiebedürftige Menschen, zum anderen hat sich der Stellenwert der Physiotherapie im Gesundheitswesen geändert. Früher war es üblich Patienten nach einer Operation zunächst über einen längeren Zeitraum ruhig zu stellen. Heute werden Patienten in der Rehabilitationsphase so früh wie möglich wieder mobilisiert, was im Endeffekt die Rehabilitationszeiten verkürzt und im Umkehrschluss auch Behandlungskosten einspart. Die Kosten der GKV im Bereich Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten sind im Zeitraum von 2000 bis 2008 von 1,8 Milliarden Euro auf knapp 2,7 Milliarden Euro angestiegen. Dieser Kostenanstieg von etwa 46 Prozent bestätigt den Bedeutungszuwachs der Therapeuten in der Gesundheitslandschaft (Henke 2011, 243 f.). Die aufgezeigten Entwicklungen gelten auch für die Region Mainfranken, die bedingt durch ihre demographischen Entwicklungen in Zukunft auch mit einem erhöhten Bedarf an Pflegekräften zu rechnen hat. Ein weiterer Trend auf dem gesundheitswirtschaftlichen Arbeitsmarkt zeichnet sich bei der Ärzteschaft ab. Die dynamische Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) spielt hierbei eine tragende Rolle (siehe Abbildung 8). Vor dem Hintergrund der Zahlen wird deutlich, dass sowohl die Anzahl der MVZ als auch die der dort beschäftigten Ärzte über die letzten Jahre hinweg angestiegen sind. Die gesetzliche Grundlage für die Gründung MVZ existiert seit 2004. Allein die Zahl der MVZ hat sich von 70 im Jahr 2004 auf 1654 im Jahr 2010 entwickelt. Die Arbeitsbedingungen in den MVZ entsprechen häufig den Wünschen vor allem junger Ärzte, die die Investitionen in eine eigene Praxis scheuen und bevorzugt in einem Angestelltenverhältnis mit festem Einkommen und geregelten Arbeitszeiten beschäftigt sind (Henke 2011, 245 f.). Die MVZ führen zu einer Reorganisation des gesamten ambulanten Sektors. Nach genauer Definition handelt es sich bei den MVZ um eine ärztlich geleitete Einrichtung, die fächerübergreifend agiert und in denen Ärzte sowohl direkt als Angestellte oder indirekt als Vertragspartner tätig sind (Hessinger 2009, 53).

Abbildung 8: Entwicklung der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (2004 bis 2010)



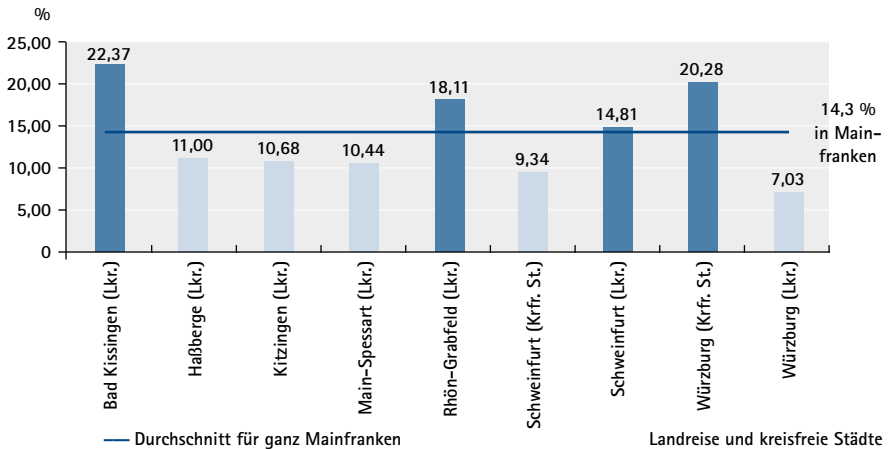
Quelle: eigene Darstellung nach Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) 2010 a

Verschiedene Gründe werden in Zukunft zu einem erhöhten Bedarf an Ärzten führen. Zunächst wird in absehbarer Zeit ein Großteil der Ärzte aus dem Berufsleben ausscheiden. Ein Indiz dafür ist das gestiegene Durchschnittsalter der unter 69-jährigen Vertragsärzte von etwa 47 Jahren im Jahr 1993, der bisher niedrigste gemessene Wert, auf 52 Jahre im Jahre 2009 (Kopetsch 2010, 20). Bei einer leicht sinkenden Anzahl an Medizinstudenten ist die Quote der Studienabbrecher mit aktuell circa 18 Prozent relativ hoch. Fast jeder fünfte eingeschriebene Medizinstudent beendet sein Studium nicht. Darüber hinaus arbeiten 12 Prozent der Absolventen im Anschluss nicht in einem behandelnden Beruf (Kopetsch 2010, 43). Fast 72.000 Ärzte gehen nach den Prognosen der Ärzteverbände zwischen 2010 und 2020 in den Ruhestand. Im Einzelnen sind dies 20.000 Chef- und Oberärzte der Krankenhäuser, 24.000 Hausärzte und 28.000 Fachärzte (Henke 2011, 251). Für Mainfranken besitzen diese Entwicklungen des aufkommenden Ärztemangels vor allem in den ländlichen Gebieten Relevanz (siehe Kapitel IV.2).

Die Entwicklungen auf dem regionalen Arbeitsmarkt in Mainfranken in Bezug auf die Gesundheitswirtschaft sind schwierig abzuschätzen, da die Arbeitsmarktzahlen auf Landkreisebene nicht zusammenhängend in einer Kategorie „Gesundheitswirtschaft“ verfügbar sind. Die bisherigen Ausführungen haben

gezeigt, dass die Gesundheitswirtschaft eine querschnittsorientierte Branche ist und die dazugehörigen Arbeitsplätze in den unterschiedlichsten Branchen zu finden sind. Lediglich die Kategorie „Gesundheits- und Sozialwesen“ ist in der Arbeitsmarktstatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung aufgeführt. Es ist davon auszugehen, dass diese Kategorie zwar ein Großteil des Teilbereichs der Gesundheitswirtschaft, wie etwa den Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung abdeckt, aber alle Bereiche der Gesundheitswirtschaft, wie in Tabelle 1, sind in dieser Kategorie nicht erfasst.

Abbildung 9: Prozentualer Anteil der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen der einzelnen Stadt- und Landkreise in Mainfranken im Jahr 2010



Quelle: eigene Berechnungen nach den Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung 2010

Für die Abbildung 9 hat das zur Folge, dass die dargestellten Werte in der Praxis noch um einige Prozentpunkte höher liegen dürften. Laut den Erläuterungen des Statistischen Bundesamtes zu den Abgrenzungskriterien des Gesundheits- und Sozialwesens fehlen beispielsweise Teile des erweiterten Bereichs der Gesundheitswirtschaft, sowie der komplette Sektor der medizinischen Unternehmen, die dem Bereich des Verarbeitenden Gewerbes zugeordnet sind (Statistisches Bundesamt 2008, 217 ff.). Somit fehlen in der Gesamtschau wichtige beschäftigungsrelevante Anteile. Diese fehlenden Anteile prozentual zu beziffern ist schwierig, da die anderen Wirtschaftsabschnitte auch nur in aggregierter Form ausgewertet vorliegen. Wie erwähnt, ist von einem Anstieg der Anteile aus Abbildung 9 von einigen Prozentpunkten auszugehen. Hinzu kom-

men darüber hinaus noch die geringfügig Beschäftigten im Gesundheitswesen, die an dieser Stelle keine inhaltliche Relevanz besitzen.

Es lassen sich dennoch wesentliche Tendenzen aus Abbildung 9 entnehmen. So sind die hellblau unterlegten Balken diejenigen Landkreise und Städte, die unterhalb des mainfränkischen Schnitts von 14,3 Prozent Anteil des Gesundheits- und Sozialwesens an der Gesamtbeschäftigung aufweisen. Auffällig sind die dunkelblau unterlegten, hohen Anteile der beiden Landkreise Bad Kissingen (22,37 Prozent) und Rhön-Grabfeld (18,11 Prozent), sowie der kreisfreien Stadt Würzburg (20,28 Prozent), welche die regionale Bedeutung des Kurwesens bzw. der Universitätsklinik hervorheben. Für Mainfranken zeigt sich an dieser Stelle, dass die 14,3 Prozent Anteil, im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 11,5 Prozent, auf eine überdurchschnittliche Relevanz des Gesundheitssektors in Mainfranken hinweisen.

Für den Landkreis Bad Kissingen und die kreisfreie Stadt Würzburg ist das Gesundheits- und Sozialwesen mit 6.763 bzw. 15.721 Arbeitnehmern auch absolut gesehen der Bereich mit den meisten Beschäftigten. In den übrigen Landkreisen ist das Verarbeitende Gewerbe jeweils die bedeutendste Branche in Bezug auf die Arbeitnehmerzahlen (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2010). Vergleicht man die eigenen erhobenen Daten zur Beschäftigung mit den Daten des Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung, so zeigt sich ein nahezu identisches Bild (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Vergleich der Beschäftigtenzahlen der eigenen Erhebung mit den Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung		Erhebungen aus dem Fragebogen
Landkreise	Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen (Vollzeitkräfte)	
Bad Kissingen (Lkr.)	6.763	Keine Einzeldaten erhoben
Haßberge (Lkr.)	2.579	
Kitzingen (Lkr.)	2.859	
Main-Spessart (Lkr.)	4.420	
Rhön-Grabfeld (Lkr.)	5.059	
Schweinfurt (Krfr.St.)	4.680	
Schweinfurt (Lkr.)	3.054	
Würzburg (Krfr.St.)	15.721	
Würzburg (Lkr.)	2.290	
Mainfranken insgesamt	47.425	

Quelle: eigene Erhebungen und Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung 2010

Nach den Berechnungen des Landesamtes sind insgesamt 47.425 Personen in Mainfranken im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt. Die eigenen Erhebungen durch den Fragebogen führen zu einem hochgerechneten Wert von 47.400 Beschäftigten. Diese annähernd identischen Zahlenwerte sprechen für die Repräsentativität bzw. Plausibilität der erhobenen Daten.

4. Gesundheitswirtschaft und demographischer Wandel

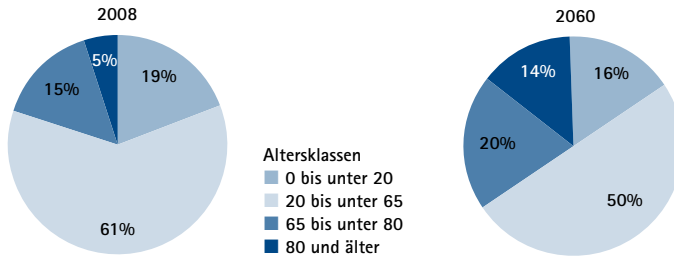
Demographische Veränderungen in der Bevölkerung haben unmittelbare Auswirkungen auf große Teile der Gesundheitswirtschaft. Allein die Tatsache, dass der Patient bei einer Vielzahl der gesundheitswirtschaftlichen Akteure im Mittelpunkt steht und die Altersstruktur der Bevölkerung und somit auch der Patienten einem fortwährenden Wandel unterliegt, bedingen ein Anpassen der Gesundheitswirtschaft an neue demographische Rahmenbedingungen in der Zukunft.

Die fünf Wirtschaftsweisen erkannten in ihrem Jahresgutachten aus dem Jahr 2000, dass „in einer alternden Wohlstandsgesellschaft [...] steigende Ausgaben für Gesundheitsleistungen nicht grundsätzlich etwas Schlechtes [sind]“ (Niejahr 2000). Eine ansteigende Nachfrage bietet Potential für neue Arbeitsplätze und schafft wirtschaftliches Wachstum im Gesundheitsbereich. Geht man davon aus, dass sich die aktuellen demographischen Trends in der BRD fortsetzen, dann werden sich für die Zukunft mit großer Wahrscheinlichkeit einige markante Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung ergeben. Laut der „12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung“ des Statistischen Bundesamtes nimmt die Gesamtbevölkerung der BRD seit 2003 ab und wird von 82 Millionen, stand 2008, auf 65 bis 70 Millionen im Jahr 2060 schrumpfen, je nachdem wie das Wanderungssaldo beziffert wird. Die Bevölkerungsvorausberechnung hält zwölf Zukunftsszenarien für möglich, doch selbst im Falle einer positiv dynamischen Entwicklung der einzelnen Parameter Geburtenhäufigkeit, Anstieg der Lebenserwartung und Wanderungssaldo – quasi Eintritt des best case – wird die Bevölkerung auf circa 77 Millionen im Jahr 2060 schrumpfen (Statistisches Bundesamt 2009, 11 f.).

Die Anzahl potentieller Mütter wird durch eine sinkende Geburtenhäufigkeit künftig folglich weiter rückläufig sein. Die aktuell circa 1,4 Kinder pro Frau reichen nicht für den Erhalt der Bevölkerungszahl aus und eine negative Abwärts-spirale wird in Gang gesetzt, denn immer weniger Kinder bedeuten im Umkehr-

schluss immer weniger potentielle Mütter. Zum langfristigen Erhalt eines gewissen Status quo der Bevölkerungsgröße sind statistisch gesehen mindestens 2,1 Kinder pro Frau notwendig (Statistisches Bundesamt 2009, 5).

Abbildung 10: Bevölkerung nach Altersgruppen (2008 und 2060)



Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2009, 16

Eine gravierende Veränderung der Altersstruktur ergibt sich für die Altersgruppe der sogenannten Hochbetagten, d.h. Personen die 80 Jahre und älter sind. Ihre Zahl wird sich von etwa vier Millionen, Stand 2008, auf etwa neun Millionen im Jahr 2060 erhöhen, was prozentual gesehen einem Anstieg von aktuell fünf Prozent auf 14 Prozent entspricht (siehe Abbildung 10). Bis 2060 könnte somit jeder siebte Deutsche 80 Jahre oder älter sein. Besonders ältere Menschen werden eine große Zielgruppe für sämtliche Akteure der Gesundheitswirtschaft in der Zukunft sein. Wie Tabelle 4 veranschaulicht, vergrößern sich in näherer Zukunft bis zum Jahr 2020 insbesondere die Anteile der Altersgruppen 50 bis 65 Jahre (+24 Prozent) und 80 Jahre und älter (+48 Prozent). Keine anderen Altersgruppen werden sich vergleichbar dynamisch entwickeln (Statistisches Bundesamt 2009, 16). Die 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung greift in Tabelle 4 auf zwei Szenarien zurück. Zum einen ist dies die sogenannte „mittlere Bevölkerung Untergrenze“ und zum anderen die „mittlere Bevölkerung Obergrenze“. Beide Szenarien gehen von drei demographischen Rahmenbedingungen aus. Im Einzelnen sind dies eine weiterhin annähernd konstante Geburtenhäufigkeit von etwa 1,4 Kindern pro Frau, ein Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2060 um sieben Jahre bei Mädchen bzw. acht Jahre bei Jungen und zuletzt ein Wanderungssaldo von 100.000 Personen pro Jahr ab 2014 bei Szenario „mittlere Bevölkerung Untergrenze“ bzw. 200.000 Personen pro Jahr ab 2020 bei Szenario „mittlere Bevölkerung Obergrenze“ (Statistisches Bundesamt 2009, 11). Letzteres Szenario geht von der Annahme aus, dass

sich die Wanderungszahlen sehr positiv entwickeln, deshalb fallen die absoluten und relativen Bevölkerungsverluste nicht so stark ins Gewicht wie bei dem ersten genannten Szenario. Die in Blau markierten Zahlen der Tabelle 4 zeigen, dass die Altersgruppen der über 50-Jährigen von 2009 bis 2020 sowohl prozentual als auch absolut zunehmen werden. Innerhalb dieses Zeitrahmens von elf Jahren werden die über 50-Jährigen einen Zuwachs von 5,6 Millionen erfahren (gemäß Szenario „mittlere Bevölkerung“ Untergrenze). Lediglich im Falle der 65 bis unter 80-Jährigen findet keine nennenswerte Veränderung statt. Bei den unter 50-Jährigen ist eine gegenteilige Entwicklung auszumachen. Hier wird mit deutlichen Verlusten, als eine Folge der sinkenden Geburtenraten, zu rechnen sein. Die in rot markierten Zahlen ergeben absolut gesehen einen Verlust von 7,7 Millionen für sämtliche Altersklassen unter 50 Jahren.

Tabelle 4: Bevölkerung nach Altersgruppen 2008 und 2020

Alter in Jahren	2008	2020			
		„mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze		„mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze	
			Veränderung zu 2008		Veränderung zu 2008
Millionen Personen					
0 bis unter 20	15,6	13,6	-2,0	13,7	-1,9
20 bis unter 30	9,9	8,5	-1,3	8,7	-1,2
30 bis unter 50	24,3	19,8	-4,4	20,1	-4,2
50 bis unter 65	15,5	19,2	3,7	19,3	3,8
65 bis unter 80	12,7	12,6	0,0	12,7	0,0
80 und älter	4,1	6,0	1,9	6,0	2,0
Insgesamt	82,0	79,9	-2,1	80,4	-1,6
Angaben in Prozent					
0 bis unter 20	19	17	-13	17	-12
20 bis unter 30	12	11	-14	11	-12
30 bis unter 50	30	25	-18	25	-17
50 bis unter 65	19	24	24	24	24
65 bis unter 80	15	16	0	16	0
80 und älter	5	8	48	7	48
Insgesamt	100	100	-3	100	-2

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2009, 17

Zusammenfassend kann für die weitere Entwicklung festgehalten werden, dass die Gesamtbevölkerung in jedem Falle abnehmen wird, ganz egal welches

Szenario man wählt. Es werden in absoluten Zahlen weniger Kinder geboren werden als heute und die Anzahl der Älteren wird im Verhältnis deutlich zunehmen (Statistisches Bundesamt 2009, 11 f.). Diese demographischen Veränderungen und Verschiebungen in der Altersstruktur der deutschen Bevölkerung haben, wie bereits erwähnt, großen Einfluss auf die Ausrichtung der Gesundheitswirtschaft, oder anders gesagt, werden die getätigten Ausgaben für Gesundheit stark von demographischen Faktoren beeinflusst (Hajen 2011, 41). Wenn man die beiden Fakten kombiniert, dass es einerseits in Zukunft immer mehr Menschen der Generation 60 plus geben wird, die frei über ihre Rente verfügen können und andererseits immer mehr gesundheitsbezogene Dienstleistungen angeboten werden, so zeigen sich die Chancen für Unternehmer im Gesundheitssektor für die besagte Zielgruppe geeignete Angebote zu schaffen. Anbieter von gesundheitsbezogenen Leistungen werden sich in der Zukunft noch stärker an den Patienten orientieren müssen, die zunehmend größere Bereitschaft zeigen eigenes Geld in ihre Gesundheit zu investieren und auf diese Weise an Souveränität gewinnen. Die heutige hochmobile Gesellschaft wird auch in Bezug auf mögliche Kuraufenthalte oder bei der Verlagerung des Alterswohnsitzes genau die regionalen und lokalen Gegebenheiten hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung vor Ort vergleichen. Hier kommt dann ein gutes Marketingkonzept bzw. eine geeignete Außendarstellung der jeweiligen Region zum Tragen (Berg 2011). In diesem Zusammenhang ist generell ein steigendes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung auszumachen. Obwohl der einzelne Patient durch die GKV gesundheitlich abgesichert ist, werden private Leistungen außerhalb des gesetzlichen Rahmens vermehrt in Anspruch genommen. In diesem Bereich entwickeln sich die größten Wachstumspotentiale in erster Linie für den zweiten Gesundheitsmarkt außerhalb des Kernbereichs der ambulanten und stationären Versorgung. Der Wettbewerb um Patienten wird auf Dauer die Qualität in der Versorgung erhöhen und die Gesundheitswirtschaft als einen wichtigen Teil der Volkswirtschaft etablieren. Die Bevölkerung ist durchaus bereit mehr Geld in Gesundheit zu investieren, es müssen jetzt noch die geeigneten Angebote geschaffen werden um dieser neu aufkommenden Nachfrage gerecht zu werden (Ebel 2009, 210).

Die geschilderten Tendenzen in der demographischen Veränderung der deutschen Bevölkerung lassen sich im Prinzip auch auf die Region Mainfranken anwenden. Dennoch ist es von Bedeutung die exakten Zahlen und Veränderungen auch auf regionalem Maßstab zu kennen, um dann angemessen auf die

daraus entstehenden Chancen und Herausforderungen für die Gesundheitswirtschaft reagieren zu können.

In Deutschland sind Regionen mit ausgeprägten Bevölkerungsgewinnen, Stand 2010, eine Ausnahme. Zwei Drittel der 412 Kreise und kreisfreien Städten sind mittlerweile von einem Bevölkerungsrückgang betroffen. Die Tendenz ist jedoch vor dem Hintergrund des demographischen Übergangs steigend und ein ehemals vermehrt ostdeutsches Problem der Bevölkerungsverluste ist mittlerweile im ganzen Bundesgebiet präsent (Prognos AG (Hrsg.) 2010, 2). Tabelle 5 zeigt die demographischen Veränderungen der Altersgruppen der 65 bis 79 Jährigen und der über 80 Jährigen zum Zeitpunkt 2009 und 2030 für Mainfranken. Beide Altersklassen haben deutliche Zuwächse zu verzeichnen. Für die gesamte Region steigt die Zahl der 65 bis 79-Jährigen von 140.100 auf 192.670 an. In den nächsten 20 Jahren werden folglich 52.570 mehr 65 bis 79 Jährige in Mainfranken leben. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung in Mainfranken steigt von 14,9 Prozent auf 21,9 Prozent. Jeder 5. Mainfranke wird 2030 zwischen 65 und 79 Jahre alt sein.

Bei den über 80-Jährigen sind die gleichen Entwicklungen zu beobachten. 2030 werden 75.550 Menschen über 80 Jahre sein, 24.840 mehr als im Jahr 2009. Der relative Anteil steigt von 5,7 Prozent um drei Prozentpunkte auf 8,7 Prozent an. Im Jahr 2030 zeigen sich vor allem die beiden Landkreise Rhön-Grabfeld und Bad-Kissingen als „Altershochburgen“. Mit einem Anteil an über 80-Jährigen von 8,9 bzw. 10,4 Prozent werden vor allem für diese beiden Landkreise neue Herausforderungen im Bereich der Pflege und hausärztlichen Versorgung auftreten.

Der Anteil alleinstehender Personen, die weiterhin eine individuelle Lebensführung anstreben und dadurch im hohen Alter unterstützende Hilfeleistungen benötigen, wird ansteigen. Diese neue Klientel wird durch den bisherigen Personaleinsatz im Pflegewesen nicht zu versorgen sein. Folglich werden in Zukunft zahlreiche Pflegekräfte benötigt und die Quote an nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in der Gesundheitsversorgung wird weiter ansteigen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Aufrechterhaltung der Qualität in der Versorgung und ein weiterhin hoher Anspruch an die fachliche Qualifikationen der Arbeitskräfte (Henke 2011, 261).

Tabelle 5: Demographische Veränderungen in Mainfranken der Altersgruppen 65 bis 70 und der über 80-Jährigen (2009 und 2030)

Landkreise und kreisfreie Städte	65 bis 79-Jährige im Jahr 2009		65 bis 79-Jährige im Jahr 2030	
	Relativer Anteil in (%)	Absoluter Anteil (Einwohner)	Relativer Anteil in (%)	Absoluter Anteil (Einwohner)
Rhön- Grabfeld	14,8	12.310	23,5	17.110
Bad Kissingen	16,1	16.830	24,2	22.830
Schweinfurt	15,3	17.350	22,7	23.050
Hassberge	14,0	11.970	23,2	18.090
Main-Spessart	15,2	19.510	22,6	26.770
Würzburg	14,1	22.500	21,3	33.480
Kitzingen	14,0	12.420	21,1	18.110
Stadt Würzburg	13,7	18.210	18,0	22.850
Stadt Schweinfurt	16,8	9.000	20,4	10.380
Gesamt Mainfranken	Ø 14,9	140.100	Ø 21,9	192.670
Landkreise und kreisfreie Städte	ab 80-Jährige im Jahr 2009		ab 80-Jährige im Jahr 2030	
	Relativer Anteil in (%)	Absoluter Anteil (Einwohner)	Relativer Anteil in (%)	Absoluter Anteil (Einwohner)
Rhön- Grabfeld	5,3	4.390	8,9	6.480
Bad Kissingen	6,4	6.730	10,4	9.840
Schweinfurt	4,9	5.500	8,5	8.620
Hassberge	4,8	4.090	8,3	6.470
Main-Spessart	5,2	6.740	9,0	10.630
Würzburg	4,5	7.180	7,4	11.690
Kitzingen	5,1	4.550	8,2	7.020
Stadt Würzburg	5,7	7.600	7,8	9.960
Stadt Schweinfurt	7,3	3.930	9,5	4.840
Gesamt Mainfranken	Ø 5,7	50.710	Ø 8,7	75.550

Quelle: eigene Darstellung nach Bertelsmann Stiftung 2011

III. Aktuelle Strukturen der Gesundheitswirtschaft in der Region Mainfranken

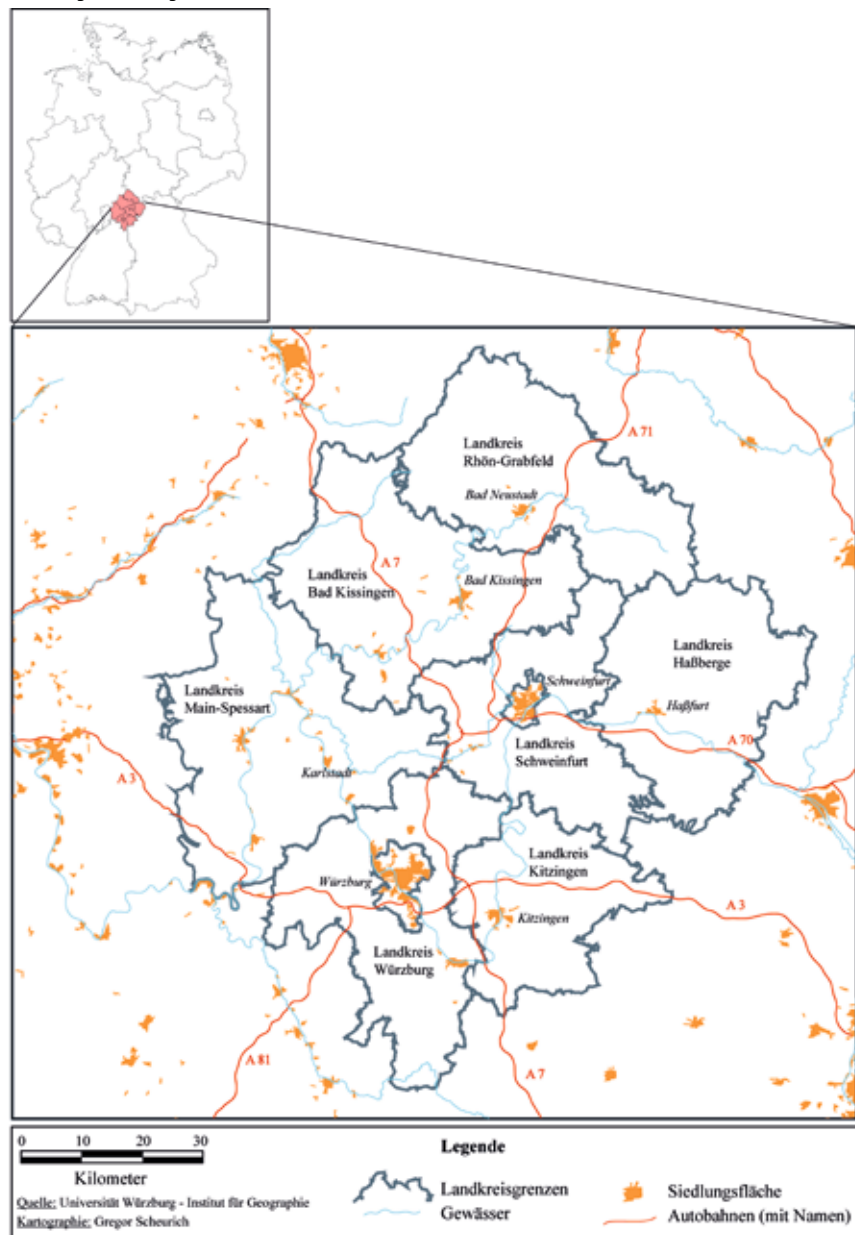
Einige Regionen Deutschlands haben im Bereich der Gesundheitswirtschaft Kernkompetenzen entwickelt, die zum Teil auf bestehenden Ressourcen (z.B. Kurwesen, Krankenhäusern, etc.) aufbauen oder aber neue Akzente für die Zukunft setzen, die sie als Standorte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland positionieren sollen. Die beiden Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld stellen eine solche Region dar, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Gesundheitswirtschaft weiter auszubauen und dabei in erster Linie bestehende Ressourcen zu modernisieren und intraregional zu vernetzen, um somit Synergieeffekte und eine Profilbildung des Standortes zu erreichen (Mainpost 2010 b).

Diese beiden Landkreise können und sollten jedoch nicht losgelöst von der Region Mainfranken betrachtet werden, da sich hier ebenfalls wichtige Standorte der Gesundheitswirtschaft befinden (z.B. überregional bedeutsame Krankenhäuser) und vor allem die universitären Einrichtungen. Spitzenmedizin und medizinische Forschung werden hier angeboten, die richtungsweisend für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft sind. Daher sollte das langfristige Ziel sein, die Gesamtregion Mainfranken einschließlich Bad Kissingen – Rhön-Grabfeld stärker untereinander zu vernetzen, um hier eine sich ergänzende Profilbildung zu erreichen. Nur in diesem größeren Maßstab wird es möglich sein einen überregionalen Bekanntheitsgrad als Gesundheitsregion zu erlangen. Im Folgenden wird die gesamte Region Mainfranken in die Überlegungen zu einer potentiellen Gesundheitsregion mit einbezogen.

1 Der IHK-Bezirk

Der Bezirk der IHK Würzburg-Schweinfurt besteht aus den sieben Landkreisen Würzburg, Kitzingen, Main-Spessart, Schweinfurt, Haßberge, Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld sowie den beiden kreisfreien Städten Würzburg und Schweinfurt.

Abbildung 11: Die Region Mainfranken



Quelle: Universität Würzburg –Institut für Geographie, Kartographie: Gregor Scheurich

Die Region umfasst eine Fläche von 70.707.000 Hektar mit circa 923.000 Einwohnern in insgesamt 243 Städten und Gemeinden. Etwa 60.000 IHK zugehörige Unternehmen sind in dieser Region beheimatet. Einen Überblick bietet Tabelle 6.

Tabelle 6: Betriebe, Wertschöpfung, Beschäftigung, Ausbildung im IHK-Bezirk Würzburg-Schweinfurt

	IHK-zugehörige Firmen am 31.12.2011	Bruttowertschöpfung in Mio. Euro 2009	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am 30.06.2010	Neu eingetragene Ausbildungsverhältnisse am 31.12.2011
kreisfreie Städte				
Würzburg	9.367	3.245	50.119	1.047
Schweinfurt	3.382	5.215	77.533	787
Landkreise				
Bad Kissingen	6.050	2.365	30.229	395
Rhön-Grabfeld	4.648	1.985	27.940	369
Haßberge	4.982	1.777	23.455	283
Kitzingen	5.987	2.095	26.763	319
Main-Spessart	8.505	3.091	42.335	423
Schweinfurt	6.113	1.825	20.615	278
Würzburg	9.584	2.918	32.579	403
IHK-Bezirk	58.618	24.516	331.568	4.304

Quelle: Bayer. Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, IHK Würzburg-Schweinfurt.

Sowohl in Bezug zu Europa, als auch zur Bundesrepublik Deutschland ist die Region verkehrstechnisch gesehen hervorragend an das nationale Fernstraßennetz angebunden (siehe Abbildung 11). Als große Nord-Süd Verbindung dient die Bundesautobahn (BAB) A7 und von Ost nach West verläuft die BAB A3. Ergänzt wird das überörtliche Straßennetz durch die BAB A71, A70 und A81. Neben der guten Erreichbarkeit auf der Straße ist der Main, als große Schifffahrtsstraße mit Anschluss bis nach Rotterdam oder das Schwarze Meer, ein weiteres Plus für die Verkehrsinfrastruktur der Region. Insgesamt befinden sich sieben Häfen in der Region (Würzburg, Schweinfurt, Haßfurt, Kitzingen, Marktbreit, Ochsenfurt und Zeil am Main). Die Lage Mainfrankens zwischen den internationalen Flughäfen Frankfurt und Nürnberg und der ICE-Knotenpunkt in Würzburg komplettieren das Bild einer verkehrstechnisch sehr gut angebundenen Region. Die vorteilhafte Verkehrsanbindung, die die Region mit sich bringt, darf jedoch nicht überbewertet werden. Andere Regionen sind in dieser Hinsicht

in der heutigen Zeit ähnlich gut aufgestellt und andere Standortfaktoren wie beispielsweise das Image oder Freizeitmöglichkeiten gewinnen an Bedeutung. Nichts desto trotz schaffen die genannten Faktoren ein sehr attraktives Umfeld für Unternehmen (Holste 2010, 84 & Wagner 1994, 43 f.).

Das Meinungsforschungsinstitut „Prognos“ ordnet die Kreise und kreisfreien Städte in Mainfranken im „Zukunftsatlas 2010“ in unterschiedliche Kategorien hinsichtlich der Zukunftschancen ein. Mittels 29 ausgewählter Indikatoren aus den vier Themenbereichen (Demographie, Arbeitsmarkt, Wettbewerb und Innovation sowie Wohlstand und Soziale Lage) wird die Zukunftsfähigkeit der einzelnen Regionen in verschiedenen wirtschaftlichen und gesellschaftlich bedeutsamen Themenbereichen bewertet (Prognos AG (Hrsg.) 2010, 5 f.).

So werden die Landkreise Rhön-Grabfeld, Bad Kissingen, Main-Spessart und Haßberge zu den Regionen mit einem ausgeglichenem Chancen-Risiko Mix gezählt. Schweinfurt, Kitzingen und Würzburg werden Zukunftschancen eingeräumt und die kreisfreien Städte Würzburg und Schweinfurt sind als Regionen mit hohen Zukunftschancen ausgewiesen. Das heißt allen Teilgebieten Mainfrankens werden im „Zukunftsatlas 2010“ durchweg ausgeglichene bzw. positive Zukunftsaussichten bescheinigt. Im bundesdeutschen Vergleich der Regionen wird Mainfranken bis auf den Landkreis Bad-Kissingen (geringe Dynamik) als eine Region mit mittlerer Dynamik eingestuft (Prognos AG (Hrsg.) 2010, 8 f.). Ein wichtiges wirtschaftliches Standbein für Würzburg ist die Gesundheitswirtschaft. Auch der Arbeitsmarkt in Mainfranken ist zum Teil überdurchschnittlich auf die Gesundheitswirtschaft ausgerichtet (siehe Abbildung 9).

Charakteristisch für die Wirtschaftsstruktur Mainfrankens ist, dass es keinen dominanten Wirtschaftszweig gibt, sondern ein Nebeneinander von unterschiedlichen Branchen. Die Wirtschaft ist nicht monozentrisch strukturiert und nur von einer Branche abhängig, was sich in Krisenzeiten als positiv bemerkbar macht, da man durch den bestehenden Branchenmix besser aufgestellt ist. Andererseits macht es der heterogene Branchenbesatz schwierig für die Region Kompetenzen und Stärken zu entwickeln, die über den regionalen Maßstab hinweg ausstrahlen können. Dennoch gibt es einige Kompetenzfelder, für die in Mainfranken besonders gute Ausgangsbedingungen herrschen und die im Fokus der Regionalentwicklung stehen. Im Einzelnen sind dies der Automobil-/Maschinenbau, die Logistikbranche, die Querschnittstechnologie Neue Materialien und das Feld Gesundheit/Bio-Medizin (Holste 2010, 86).

2. Struktur der Mainfränkischen Gesundheitswirtschaft

Zu Beginn des Projektes umfasste die von der IHK bereitgestellte Adressdatenbank der Gesundheitswirtschaft 1.843 Adressen (siehe Kapitel I.1). Bei einigen Akteuren war jedoch weder ein Firmenname, noch ein Ansprechpartner angegeben, sondern nur die Adresse verfügbar. Diese fehlenden Datensätze wurden über Rechercharbeiten in Branchen- und Telefonbüchern sowie über Internetbranchenbüchern weitestmöglich ergänzt. Falls keine weiteren Informationen zu einer vorhandenen Adresse verfügbar waren, wurde der komplette Datensatz gelöscht, denn mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich bei diesen Fällen um altersbedingte Geschäftsaufgaben, Insolvenzen, fehlende Nachfolger, Umzüge etc..

Nach Abschluss der Rechercharbeiten umfasst die endgültige Datenbank der Unternehmen 2.418 Einträge. Hinzu kommen noch sämtliche niedergelassenen Ärzte, Therapeuten und Heilpraktiker etc., die alle per Eigenrecherche ausfindig gemacht wurden. Diese zweite Datenbank der Ärzte umfasst 2.440 Adressen. Diese beiden erwähnten Datenbanken umfassen alle relevanten Akteure der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken.

Die erhobenen Daten könnten als Basis für eine mainfrankenweite Kooperationsbörse dienen und die Kontaktaufnahme unter den Akteuren erleichtern. Darüber hinaus ist auch eine Internetpräsenz denkbar, die auch für die Patienten als Anlaufstelle zur allgemeinen Information dient.

3. Die Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken

Die Beschäftigtenzahlen in der Gesundheitswirtschaft der Region Mainfranken haben bereits den hohen Stellenwert der Gesundheitsbranche innerhalb der Region abgebildet (Abbildung 9). Tabelle 7 zeigt, als Ergebnis der Datenbankrecherche, die Verteilung der 4.858 Akteure auf die Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft. In Klammern hinter der Branche steht als römische Ziffer welchem Bereich des Schalenmodells (I. bis III.) aus Kapitel II.2 sie zuzuordnen ist. Es sind alle Akteure inklusive der Randbereiche und Nachbarbranchen aufgeführt, die aus der Bestandserhebung hervorgegangen sind. Die niedergelassenen Ärzte (Tabelle 11) und Therapeuten (Tabelle 12) sind zur besseren Übersicht nochmals gesondert aufgeführt.

Auffällig in Tabelle 7 ist die, bis auf die ambulante und stationäre Versorgung, relativ homogene Verteilung der Akteure auf die verschiedenen Branchen. Der Anteil an Unternehmen des Fitness- und Wellnesssektors bzw. das Kurwesen setzten sich aus dem Fitness- und Wellnesssektor (6,1 Prozent) und den Gesundheitsdienstleistern Ernährung und Gesundheit (3,5 Prozent) zusammen, so dass insgesamt circa 10 Prozent der Akteure dem erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft angehören. Eindeutig dominierend ist die Branche der ambulanten Versorgung bzw. Pflege, der über 50 Prozent der Akteure angehören. Die Zahlen stellen Mainfranken als eine Region mit vielseitigem Angebot an gesundheitlichen Leistungen dar. Das ausgewogene Verhältnis der Branchen ist eine Stärke der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken. Es erschwert aber eine eindeutige gesundheitliche Kompetenz und Schlüsselbranche in den Fokus zu stellen und auszubauen. Bei dem aufkommenden Wettbewerb setzen viele Regionen auf ein Alleinstellungsmerkmal bzw. eine Kernkompetenz um sich von anderen Regionen abzugrenzen (vgl. Kapitel IV.1).

Vergleicht man die Zahlen aus Tabelle 7 mit erhobenen Daten anderer Regionen, wie der IHK Region Ostwürttemberg, so zeigt sich, dass die Verteilung auf die Teilbranchen im Wesentlichen identisch ist (Industrie- und Handelskammer Ostwürttemberg (Hrsg.) 2010).

Tabelle 7: Die Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken

Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft	Anzahl	Anteil in %
Ambulante Versorgung, Pflege (I.)	2.650	54,5
Handel mit Gesundheitsprodukten, Apotheken, Augenoptik (II.)	393	8,1
Gesundheitsdienstleister: Medizinische Fußpflege (I.)	317	6,5
Fitness und Wellnesssektor (III.)	298	6,1
Gesundheitshandwerk, Orthopädietechnik, Zahntechnik (II.)	214	4,4
Stationäre Versorgung, Pflege (I.)	212	4,4
Sonstige selbstständige Tätigkeiten im Gesundheitswesen (I.-III.)	184	3,8
Gesundheitsdienstleister: Ernährung, Gesundheit, Stressbewältigung (III.)	168	3,5
medizinische Forschung, Laboratorien (II.)	168	3,5
Industrie: Augenoptik, Medizintechnik, Medizinische Produkte, Pharma (II.)	104	2,1
Verwaltung, Krankenkassen (II.)	78	1,6
Sonstige Anstalten und Einrichtungen des Gesundheitswesens (I.-III.)	38	0,8
Großhandel mit Gesundheitsprodukten (II.)	34	0,7
Gesamtanzahl	4.858	100,0

Quelle: eigene Erhebungen

Anhand deskriptiver Indikatoren und wichtiger wirtschaftlicher Kennzahlen des Fragebogens kann die Struktur der Unternehmen/Akteure der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken abgebildet werden. Die Gesundheitswirtschaft in Mainfranken ist geprägt von regional verwurzelten Akteuren, die bereits über einen längeren Zeitraum an ihrem jeweiligen Standort aktiv sind. Die im Durchschnitt seit circa 21 Jahren bestehenden Betriebe, Arztpraxen etc. deuten auf eine gewisse Beständigkeit in der Unternehmensstruktur hin und sprechen für die in Kapitel IV.1 aufgeführten Standortvorteile Mainfrankens. Bei der Betriebsform bzw. wirtschaftlichen Handlungsform der Akteure zeichnet sich ein eindeutiges Bild ab. 319 von 440 befragten Akteuren, bzw. 72,5 Prozent, agieren als Einzelbetrieb am Markt. Andere Geschäftsformen spielen hingegen nur eine untergeordnete Rolle (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Betriebsformen der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken

n=440		Häufigkeit	%	Gültige %
Gültige Werte	Einzelbetrieb	319	72,5	73,0
	Sonstiges	39	8,9	8,9
	GbR	35	8,0	8,0
	GmbH	24	5,5	5,5
	Filiale	7	1,6	1,6
	GmbH & Co. KG	7	1,6	1,6
	gGmbH	6	1,4	1,4
	Total	437	99,3	100,0
Fehlende Werte	keine Angabe	3	0,7	
Total		440	100,0	

Quelle: eigene Erhebungen

Der überwiegende Tätigkeitsbereich der Akteure konzentriert sich bei 70 Prozent der Unternehmen auf den lokalen Bereich der jeweiligen Stadt bzw. des Landkreises (Tabelle 9). Eine mainfrankenweite Klientel bedienen knapp 22 Prozent. Fast jedes vierte Unternehmen kooperiert demnach mit einem anderen Unternehmen in Mainfranken, das sich außerhalb des lokalen Bereichs befindet. Größere räumliche Ausdehnungen des Tätigkeitsbereiches bilden hierbei die Ausnahme. Lediglich etwa sieben Prozent operieren über die Region Mainfranken hinaus. Die Zahlen zeigen allerdings auch, dass durchaus Geschäftsbeziehungen und Verflechtungen existieren, die Mainfranken extern mit anderen Regionen und Nationen verbindet. Die überregionale Vernetzung beschränkt sich ausschließlich auf den unternehmerischen Bereich.

Tabelle 9: Überwiegender Tätigkeitsbereich der Unternehmen

n=440		Häufigkeit	%	Gültige %
Gültige Werte	lokal (Stadt/Landkreis)	311	70,7	71,2
	regional (Mainfranken)	96	21,8	22,0
	national	17	3,9	3,9
	europaweit	3	0,7	0,7
	global	10	2,3	2,3
	Gesamt	437	99,3	100,0
Fehlende Werte	keine Angabe	3	0,7	
Gesamt		440	100,0	

Quelle: eigene Erhebungen

Die jeweiligen Umsatzzahlen von 2010 zeigen eine weitestgehend gleichmäßige Verteilung auf alle vorgegebenen Kategorien. Dominierend in diesem Zusammenhang ist lediglich die Kategorie „< 100.000“, mit 150 Nennungen oder 34 Prozent. Beachtliche 27 Prozent haben im abgelaufenen Geschäftsjahr 2010 mehr als eine halbe Millionen Euro umgesetzt. Aus der Gesamtschau der Umsatzzahlen lässt sich ableiten, dass es einerseits eine große Akteursgruppe gibt, die aus Kleinunternehmern besteht. Andererseits gibt es eine Gruppe mittlerer und großer Unternehmen, mit Umsätzen von 5 Millionen Euro und mehr, die zum ausgewogenen Gesamtbild der Unternehmensstruktur beitragen.

Um die Dynamik der vergangenen und zukünftigen wirtschaftlichen Entwicklung der Branche abzuschätzen, liefern die Zahlen zu den Einstellungen im Personalbereich wichtige Hinweise. Seit dem 01.01.2010 haben knapp 50 Prozent der Akteure diverse Fachkräfte eingestellt. Bei der Frage nach geplanten Personaleinstellungen bis Ende 2012 geben circa 24 Prozent an, ihre Mitarbeiterzahl im genannten Zeitrahmen zu erhöhen. Wenn man die unentschlossenen Unternehmer hinzuzieht, 15 Prozent antworteten mit „weiß nicht“, so kann man durchaus die These vertreten, dass die Branche sich auf einem guten Weg befindet (Eigene Erhebungen). Auch die direkte Frage nach der Beurteilung der wirtschaftlichen Situation in Zukunft bekräftigt diese Ansicht (siehe Tabelle 10). Rund 51 Prozent gehen von zukünftig gleichbleibenden Bedingungen aus. Weitere 30 Prozent blicken positiv in die Zukunft, so dass insgesamt über 80 Prozent der Befragten davon ausgehen, dass sich ihre persönliche wirtschaftliche Lage entweder nicht verschlechtert oder gar verbessert.

Tabelle 10: Persönliche Einschätzung der Unternehmen zur wirtschaftlichen Lage in den nächsten 3 Jahren

n=440		Häufigkeit	%	Gültige %
Gültige Werte	gleich bleibend	226	51,4	52,6
	positiv	136	30,9	31,6
	negativ	68	15,5	15,8
	Total	430	97,7	100,0
Fehlende Werte	keine Angabe	10	2,3	
Gesamt		440	100,0	

Quelle: eigene Erhebungen

3.1 Kernbereich der mainfränkischen Gesundheitswirtschaft

Der wichtigste Bereich innerhalb der Gesundheitswirtschaft, von der Anzahl der Akteure her, stellt der Kernbereich des Schalenmodells dar (siehe Kapitel II.2). Summiert man alle relevanten Teilbereiche des Kernbereichs aus Tabelle 7, so gehören 65,4 Prozent eindeutig diesem Bereich an. Zahlenmäßig eindeutig wichtigster Bereich ist hier die ambulante medizinische Versorgung mit einem Anteil von 54,5 Prozent an der Gesamtbranche (Tabelle 7). Die Akteurszahlen allein betrachtet geben allerdings keinerlei Aufschluss über die Bedeutung oder die arbeitsmarktpolitische Relevanz. So sind lediglich 4,4 Prozent der Akteure der stationären Versorgung zuzuordnen, aber die regionalwirtschaftliche Bedeutung, als Beispiel ist die Universitätsklinik Würzburg als größter Arbeitgeber der Stadt Würzburg zu nennen, steht in diesem Falle in keinem Verhältnis zu dem Anteil an allen Akteuren der Gesundheitswirtschaft. Innerhalb der niedergelassenen Ärzte sind die Praktischen Ärzte und Allgemeinmediziner am stärksten vertreten. Der restliche Teil der Ärzteschaft verteilt sich in Tabelle 11, ähnlich wie bei der Gesamtschau über alle Teilbereiche, relativ homogen auf die unterschiedlichen Fachdisziplinen.

Tabelle 11: Fachdisziplinen der niedergelassenen Ärzte (einschließlich Zahnärzte) in Mainfranken

Fachdisziplinen	Absolut	Anteil in %
Praktische Ärzte und Allgemeinmediziner	518	28,7
Zahnärzte	445	24,6
Psychiatrie, Psychotherapie	207	11,4
Internisten	148	8,2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	111	6,1
Chirurgen	71	3,9
Orthopäden	61	3,4
Augenheilkunde	56	3,1
Kinderheilkunde	53	2,9
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	34	1,9
Dermatologen	32	1,8
Urologen	22	1,2
Ärzte anderer Fachrichtungen (Neurologen, Kardiologen, etc.)	50	2,8
Gesamt	1.808	100,0

Quelle: eigene Erhebungen

Zur besseren Übersicht sind an dieser Stelle in Tabelle 12 auch die Therapeuten in ihre einzelnen Fachbereiche aufgeschlüsselt, da dieser Bereich in den kommenden Jahren nach Expertenmeinung von wachsender Bedeutung ist (siehe Tabelle 2).

Tabelle 12: Therapeuten in Mainfranken und deren Fachbereiche

Fachdisziplinen	Absolut	Anteil in %
Physiotherapeuten	303	47,9
Heilpraktiker	184	29,1
Ergotherapeuten	85	13,5
Logopäden	60	9,5
Gesamt	632	100,0

Quelle: eigene Erhebungen

3.2 Vorliefer- und Zulieferindustrien in Mainfranken

Aus Tabelle 7 geht hervor, dass 18,3 Prozent der Unternehmen und Dienstleister der Vorliefer- und Zulieferindustrie angehören. Somit ist fast jeder fünfte Betrieb der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken diesem Bereich zuzuordnen. Diese Zahl mag im Vergleich zu den knapp 55 Prozent der ambulanten Versorgung unbedeutend erscheinen, Studien zeigen jedoch, dass gerade dieser Bereich in Zukunft weiter wachsen wird.

Die „Prognos AG“ identifizierte in einer Wirtschaftsstudie aus dem Jahr 2009 vor allem die Bereiche der Vorliefer- und Zulieferindustrien als Wachstumsmotoren für die gesamte Gesundheitswirtschaft. Allen voran zählen die wissenschafts- und technologieintensiven Branchen der Medizintechnik und der Pharmaindustrie zu den Vorreitern des zukünftigen Wachstums (Prognos AG (Hrsg.) 2009, 2). Unter den Begriff Medizintechnik fallen alle Produkte, technischen Geräte und Verfahren, die für die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden können. Deutschlandweite Schwerpunkte der Branche sind mit jeweils 15 Prozent Anteil am Gesamtproduktionswert die bildgebenden Röntgen- und Strahlentherapiegeräte sowie die Herstellung von zahnärztlichen Materialien, Geräten und Systemen. Mit einem Anteil von 13 Prozent folgt die Herstellung von sonstigen medizinischen Geräten (Henke 2011, 117 f.). Der Umsatz und die Beschäftigtenzahlen in der Medizintechnikbranche sind über die letzten Jahre hinweg kontinuierlich angestiegen. So hat die Zahl der Beschäftigten bundesweit von 2006 bis 2009 um 10 Prozent zugenommen und im Zeitraum von 2003 bis 2009 ist der Umsatz von 12,7 Milliarden Euro auf 18,3 Milliarden Euro gestiegen (Henke 2011, 119 f.).

Für Mainfranken gibt es keine Vergleichszahlen, dennoch ist davon auszugehen, dass sich der Trend des Wachstums der Zulieferindustrien auch auf die Region überträgt.

Der Kernbereich der medizinischen Versorgung bedient im Wesentlichen die Patienten und steht vereinfacht gesagt unter staatlicher Kontrolle. Für die Wirtschaftsleistung Mainfrankens im gesundheitswirtschaftlichen Bereich sind die Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie eine tragende Säule, denn sie können im Prinzip frei am Markt agieren und ihre Produkte entwickeln und vermarkten. Indirekt arbeitet der Bereich der Vorleistungs- und Zulieferindustrie natürlich dem Kernbereich zu, aber er ist faktisch nur mittelbar von der Politik und dem Gesetzgeber abhängig. Somit sollte diesem Zweig der Gesundheitswirtschaft in den regionalwirtschaftlichen Planungen eine erhöhte Aufmerksamkeit zu Teil werden.

3.3 Gesundheitsrelevante Randbereiche und Nachbarbranchen in Mainfranken

Bei der Erhebung wurde versucht alle Randbereiche der Gesundheitswirtschaft zu berücksichtigen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass einige Akteure nicht bedacht wurden, zumal die Abgrenzungen zur Gesundheitswirtschaft nicht klar definiert sind und teilweise nur einzelne Unternehmen dieser Randbereiche sich explizit auf die Gesundheitswirtschaft spezialisiert haben. Im

Bereich der gesundheitsrelevanten Randbereiche sind für Mainfranken besonders der Gesundheitstourismus und das Kurwesen von Bedeutung. Gegenwärtig versteht man unter Gesundheitstourismus vor allem die Förderung, Stabilisierung und Wiederherstellung des sozialen, geistigen und körperlichen Wohlbefindens durch die Inanspruchnahme geeigneter Gesundheitsleistungen an einem für die jeweilige Person fremden Aufenthaltsort. Darüber hinaus kann der Gesundheitstourismus in die Bereiche Heilung (Reha- und Kurwesen) sowie Gesunderhaltung (Fitness, Wellness) untergliedert werden. Das wichtigste Charakteristikum des Kurwesens besteht in der Kombination von ärztlich verordneten medizinischen Kurmitteln in Verbindung mit anderen Nebenaktivitäten, wie Erholung in der Natur oder kulturellen Veranstaltungen. Dem Kurwesen liegt demnach in der Regel eine ärztliche Weisung zu Grunde (Berg 2008, 39).

Der Gesundheitstourismus und Kurbereich, der insbesondere für die Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld Relevanz besitzt, fokussiert sich folglich auf komplementäre gesundheitliche und medizinische Anwendungen, die der Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens dienen. Im Zentrum steht nicht nur eine medizinische Behandlung sondern das allumfassende Ziel der Erholung. Das Kur- und Bäderwesen wird im Schalenmodell der Gesundheitswirtschaft (siehe Abbildung 1) zwar dem Kernbereich zugeordnet, prinzipiell ist das Kurwesen jedoch im weitesten Sinne dem Gesundheitstourismus zuzuordnen. Lediglich die erhöhte medizinische Kompetenz, in Verbindung mit den klassischen Kuranwendungen, ist, wie bereits erwähnt, ein Alleinstellungsmerkmal des Kurwesens (Henke 2011, 181).

Die Immobilienbranche ist ein weiterer Wirtschaftsbereich, der mittelbar in Beziehung zur Gesundheitswirtschaft steht, jedoch nicht bei der Erhebung, aus den oben im Text genannten Gründen, berücksichtigt wurde. In diesem Zusammenhang haben die demographischen Veränderungen in Mainfranken (siehe Kapitel II.4) Relevanz für den lokalen Immobilienmarkt und in letzter Konsequenz ergeben sich Wechselwirkungen der Immobilienwirtschaft mit der Gesundheitswirtschaft. Die Struktur der Haushalte und die Wohnpräferenzen unterliegen einem Wandel durch die stetig alternde Bevölkerung. Neben dieser Tendenz beeinflussen diverse andere gesellschaftliche Entwicklungen, wie etwa die steigende Anzahl an berufstätigen Frauen oder die sich auf niedrigem Niveau bewegenden Fertilitäts- und Heiratszahlen, nachhaltig den Wohnungsmarkt (Henke 2011, 164).

Der direkte Bezug der Immobilienwirtschaft zur Gesundheitswirtschaft entsteht durch neue Wohnformen, die gezielt auf die Bedürfnisse älterer Menschen zuge-

schnitten sind. Bedingt durch die demographische Entwicklung verschiebt sich der Fokus der Immobilienwirtschaft von den Familien, als den größten Abnehmern von Wohnraum über die letzten Jahrzehnte gesehen, hin zu der Generation 60 plus. Vor allem der Pflegeimmobilienmarkt wird von den genannten Änderungen profitieren. Des Weiteren neigen viele Ältere auch dazu sich ihren bisherigen Wohnraum einfach altersgerecht bzw. barrierefrei umbauen zu lassen. Die Einführung der Pflegeversicherung stärkt den Stellenwert der ambulanten Versorgung und befürwortet einen Verbleib pflegebedürftiger Menschen im angestammten Wohnumfeld. Darüber hinaus befinden sich gemeinschaftlich organisierte Wohnformen und Mehrgenerationenhaushalte auf dem Vormarsch (Henke 2011, 168 f.).

Weitere zahlenmäßig erfasste Randbereiche sind die Unternehmen der Fitness- und Wellnessbranche wie Fitness-Studios, Massagepraxen und Ernährungsberater sowie Unternehmen der Biotechnologie. Grundsätzlich kann man die Liste der Wirtschaftsbereiche, die Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft haben, nahezu beliebig erweitern. Prinzipiell hat eine Branche Anknüpfungspunkte sobald sie in irgendeiner Form der Gesunderhaltung oder Verbesserung der Gesundheit dient. Als ein Beispiel soll stellvertretend die Automobilbranche erwähnt werden. Verschiedene Innovationen im Bereich der modernen Abgas-technik, die eine geringere Feinstaubbelastung der Bevölkerung zur Folge hat, oder die Entwicklung neuer Fahrassistenzsysteme mit dem Ziel die Sicherheit der Fahrzeuginsassen in Gefahrensituationen im Straßenverkehr zu erhöhen (Henke 2011, 219). Diese beiden Beispiele aus der Automobilbranche verdeutlichen die enorme Bandbreite des Randbereichs der Gesundheitswirtschaft, der sich darüber hinaus auch in die Bereiche Soziales bzw. Pädagogik und Biotechnologie erstreckt (Henke 2011, 229).

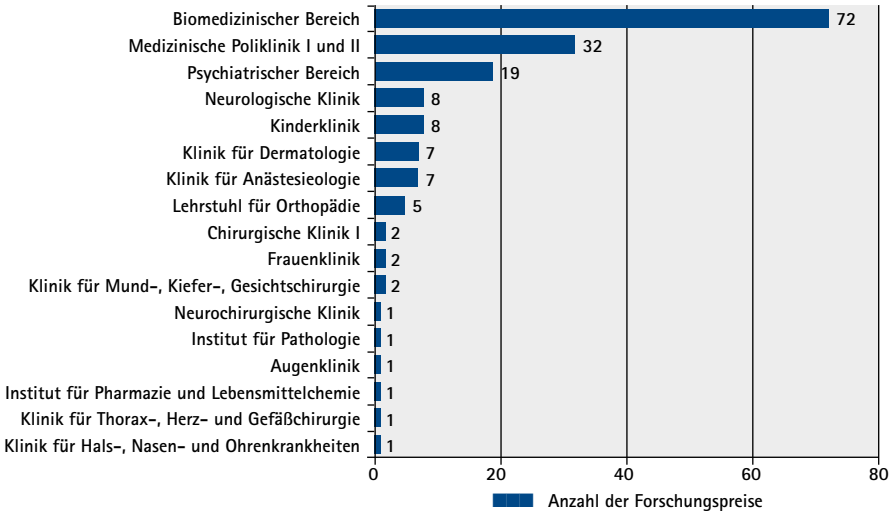
4. Bildung und Forschung im Gesundheitswesen

Als herausragende und vielbeachtete Einrichtung des Bereiches Bildung und Forschung ist hier in erster Linie die Universitätsklinik Würzburg zu nennen. Das Klinikum kooperiert mit sieben staatlichen Berufsfachschulen, die alle Ausbildungsberufe im Gesundheitssektor anbieten. Als Beispiele sind hier die Berufsfachschule für Krankenpflege mit 180 Ausbildungsplätzen, die Berufsfachschule für Hebammen mit 48 Ausbildungsplätzen und die Berufsfachschule für Physiotherapie mit 72 Ausbildungsplätzen zu nennen. Am Klinikum selbst

werden zahlreiche weitere Ausbildungsberufe angeboten, wie etwa Kaufmann im Gesundheitswesen oder medizinischer Fachangestellte (Universitätsklinikum 2010, 28).

Eine statistische Auswertung der Universitätszeitschrift „BLICK“ hinsichtlich vergebener medizinischer Forschungspreise gibt Aufschluss darüber, in welchen medizinischen Bereichen die Universität Würzburg ihre Stärken besitzt. Neben verschiedenen Nachrichten rund um die Universität Würzburg und Berichte über laufende Forschungsarbeiten sind in einer Rubrik der Zeitschrift Wissenschaftspreise aufgeführt, die an einzelne Fachbereiche verliehen wurden. Die Zeitschrift „BLICK“ wurde im Jahr 1993 gegründet und erschien zunächst zwei Mal im Jahr, ab 2007 dann vier Mal im Jahr. Seit 2010 wird das Magazin in dieser Form jedoch nicht mehr weitergeführt. Die Auswertung der Preise beschränkt sich lediglich auf die Ausgaben der Zeitschrift bis zum Jahr 2006. Ab diesem Zeitpunkt existiert die Rubrik Wissenschaftspreise nicht mehr. Von der Methodik der Auswertung her wurden zunächst sämtliche Wissenschaftspreise der erschienenen Hefte, einschließlich des Jahres 2006, im Hinblick auf medizinisch relevante Preise überprüft. Anschließend wurden die einzelnen Preise den jeweiligen Kliniken und Instituten zugeordnet, an die die Preise gingen, bzw. an denen die Forscher zum Zeitpunkt der Auszeichnung gewirkt haben. Somit ist ein Zeithorizont von 13 Jahren Forschungsarbeit als Basis für die Auswertung gegeben. Insgesamt gingen bis zum Jahr 2006 170 Forschungspreise im medizinischen Bereich an Personen der Universität Würzburg. Nachfolgende Abbildung 12 zeigt die Verteilung der Preise auf die unterschiedlichen Institute bzw. Kliniken.

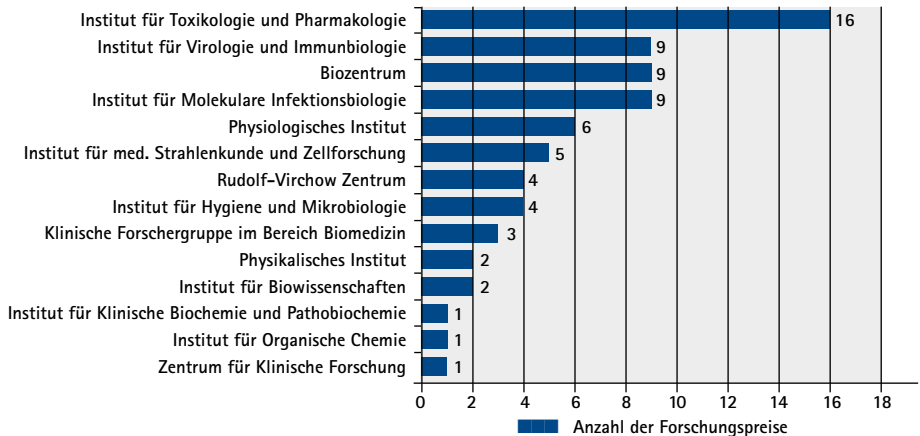
Abbildung 12: Verteilung der 170 medizinischen Forschungspreise für die Universität Würzburg im Zeitraum von 1993 bis 2006



Quelle: eigene Erhebungen; Auswertung der Universitätszeitschrift „BLICK“ (Zeitraum 1993 bis 2006; universitätsinterne Preise sind nicht berücksichtigt)

Die Kategorisierung nimmt keine Gewichtung der einzelnen Preise vor, sondern lediglich die Anzahl der Forschungspreise soll an dieser Stelle berücksichtigt werden. Aus der Häufigkeit der Nennungen lassen sich gewisse Tendenzen in der Orientierung und wissenschaftlichen Anerkennung der Spitzenforschung ablesen. Es zeigt sich, dass die Universität einen eindeutigen medizinisch relevanten Forschungsschwerpunkt im Sektor Biomedizin besitzt (72 Forschungspreise). Mit einigem Abstand folgen die Bereiche der Medizinischen Poliklinik I und II (32 Forschungspreise) sowie Forschungsleistungen im Psychiatrischen Bereich (19 Forschungspreise). Soweit sich Forschungsbereiche zusammenfassen lassen, ist dies auch in der Auswertung vorgenommen worden. So sind die drei Bereiche mit den meisten Auszeichnungen (Biomedizin, Medizinische Poliklinik I und II, Psychiatrischer Bereich) jeweils Zusammenfassungen verschiedener Institute und Kliniken. Im Bereich Biomedizin sind dies im Einzelnen die in Abbildung 13 aufgeführten Fachbereiche, die gemeinsam den Forschungsbereich Biomedizin bilden. Nach ähnlichem Muster sind ebenfalls die beiden anderen genannten Bereiche (Medizinische Poliklinik I und II, Psychiatrischer Bereich) untergliedert.

Abbildung 13: Verteilung der 72 Wissenschaftspreise im Bereich Biomedizin (1993 bis 2006)



Quelle: eigene Erhebungen; Auswertung der Universitätszeitschrift „BLICK“ (Zeitraum 1993 bis 2006; universitätsinterne Preise sind nicht berücksichtigt)

Unter den 170 Wissenschaftspreisen befinden sich auch bedeutende Preise wie der Deutsche Krebspreis oder der Max-Planck-Forschungspreis für besonders herausragende, international hoch anerkannte wissenschaftliche Leistungen. Einer der thematischen Schwerpunkte der Medizinischen Poliklinik I und II sind im kardiologischen Bereich verankert und haben auch die Gründung des „Herzinfarktnetzes Mainfranken“ begünstigt (siehe Kapitel III.5.2).

Die biomedizinische Ausrichtung der Universität Würzburg zeigt sich nicht zuletzt in den neun Sonderforschungsbereichen im medizinischen und humanbiologischen Bereich. Darüber hinaus existieren mehrere Forschungszentren wie der Forschungsverbund Biozentrum (kombinierte molekulare und organische Forschung), das Rudolf-Virchow-Zentrum für experimentelle Biomedizin, das interdisziplinäre Zentrum für Klinische Forschung (IZKF), das Zentrum für Infektionsforschung (ZINF) sowie das Zentrum für experimentelle molekulare Medizin (ZEMM) (Universitätsklinikum Würzburg 2011 a).

Im Bereich Bildung ist die Schaffung eines berufsbegleitenden Studienangebotes rund um das Thema Gesundheitswirtschaft in Bad Kissingen durch die Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt, die Stadt und den Landkreis Bad Kissingen unter organisatorischer Unterstützung des Gründerzentrums Bad Kissingen, ein erster Schritt hin zur Entwicklung eines Hochschulstandortes Bad Kissingen. Der neue berufsbegleitende Studiengang

„Master of Business Administration (MBA) Gesundheitsmanagement“ soll laut den Initiatoren nur der Auftakt für weitere berufsbegleitende Studiengänge in Bad Kissingen sein. Bei dem angesprochenen Ausbildungsangebot werden die Fachkräfte in der Region weitergebildet und sind durch den inhaltlichen regionalen Bezug der Studieninhalte zu Mainfranken und zum Bäderland Bayerische Rhön bestens für den regionalen Arbeitsmarkt geeignet (Mainpost 2011 c). Durch diese Initiative wird ein Angebot der wissenschaftlichen Weiterbildung im Norden Mainfrankens angeboten. Mit weiteren derartigen Projekten sollte dem in Kapitel IV.2 angesprochenen Fachkräftemangel begegnet werden. Eine wichtige Institution im Hinblick auf den zukünftig erhöhten Bedarf an Pflegekräften ist die Berufsfachschule für Altenpflege und Altenpflegehilfe unter Trägerschaft der HALMA e.V. (Hilfen für alte Menschen im Alltag) in Würzburg. Hier gilt es für die Zukunft den Pflegeberuf attraktiv in der Außen- darstellung zu vermarkten und vor allem jungen Menschen die Chancen und Vorteile des Pflegeberufs näher zu bringen.

5. Projekte und Kooperationen im Bereich Gesundheitswirtschaft

Im Bereich der Gesundheitswirtschaft gibt es in Mainfranken bereits einige Projekte und Kooperationen zwischen verschiedenen Akteuren. Den Ergebnissen der Fragebögen zufolge arbeiten knapp über 50 Prozent in einer Form mit anderen Unternehmen und Partnern zusammen. Im Fragebogen konnten die drei wichtigsten Kooperationspartner genannt werden (siehe Anhang I, Frage Nr. 13), die in Tabelle 13 nachträglich kodiert und in Untergruppen zusammen- gefasst wurden.

Tabelle 13: Die wichtigsten angegebenen Kooperationspartner der Akteure

Untergruppen der Kooperationspartner n=515	Antworten	
	Anzahl	%
Krankenhäuser	127	24,7
Einrichtungen der Erziehung und Bildung im Gesundheitswesen	11	2,1
Randbereiche der Gesundheitswirtschaft	3	0,6
Therapeuten, Heilpraktiker	35	6,8
Universitätsklinik Würzburg	35	6,8
niedergelassene Ärzte	156	30,3
Öffentliche Einrichtungen/Kammern/Verbände/Kooperationen	21	4,1
Apotheken	18	3,5
Dentallaboratorien und Depots	28	5,4
Medizinische Industrie/Pharma	26	5,0
Alten-/Pflegeheime	17	3,3
ambulante Pflegedienste	24	4,7
Sonstiges	14	2,7
Gesamt	515	100,0

Quelle: eigene Erhebungen

Bei der statistischen Auswertung der einzelnen Untergruppen der Gesundheitswirtschaft zeigen sich signifikante Unterschiede. Betrachtet man die einzelnen Untergruppen der Kooperationspartner isoliert in Relation der antwortenden Akteursgruppen, so treten die meisten Kooperationen im Bereich der stationären Versorgung auf. Über 80 Prozent der Unternehmen aus dem stationären Sektor arbeiten mit anderen Unternehmen zusammen. Ein zentrales Element einer potentiellen Gesundheitsregion Mainfranken, bzw. der Intensivierung von Kooperationsbeziehungen, ist das Anknüpfen an bereits bestehende Netzwerke und Arbeitsgemeinschaften. Als ein Beispiel für ein Netzwerk im Bereich Medizintechnik und Biotechnologie ist das bis 2004 gelaufene Projekt BIOMED Netz Unterfranken zu nennen, eine Netzwerkbetreuung für ganz Mainfranken in den oben genannten Forschungsbereichen. Eine Kooperation zwischen dem Verein BIOMEDTEC Franken e.V. und dem Gründerzentrum in Bad Kissingen. Weitere wichtige Kooperationen und bestehende Netzwerke in Mainfranken sollen an dieser Stelle näher beleuchtet werden.

5.1 Region Mainfranken GmbH

1998 wurde die Regionalmarketing-Initiative Chancen-Region Mainfranken ins Leben gerufen. Ziel war es alle Kräfte und Interessen zu Gunsten einer aktiven

Gestaltung der Zukunft der Region Mainfranken zu bündeln. Als Initiatoren für dieses Gemeinschaftsprojekt zeichneten sich die kreisfreien Städte, die sieben mainfränkischen Landkreise, die Wirtschaftskammern, Hochschulen sowie die Regierung von Unterfranken verantwortlich. Ein Jahrzehnt später wollte man seitens der Trägerschaft eine Veränderung hin zu einer grundlegenden strukturellen und inhaltlichen Neupositionierung der Arbeitsgemeinschaft erwirken. Die bis dato erfolgreiche Regionalmarketingarbeit sollte bezüglich des Aufgabenspektrums erweitert werden und auf diese Weise dem sich zunehmend verschärfenden Wettbewerb unter den Regionen Rechnung tragen. Als inhaltliche Neuorientierung wurde Ende 2010 bzw. Anfang 2011 die Region Mainfranken GmbH als Nachfolgeinstitution der bereits seit 1998 bestehenden Regionalmarketing-Initiative Chancen-Region Mainfranken ins Leben gerufen (Mainpost 2010 c).

Das neu erklärte Ziel ist eine höhere Qualitätsstufe regionaler Kooperation zu erreichen und um dadurch auf den sich weiter verschärfenden Wettbewerb der Regionen sowie die neue Profilierung der benachbarten Metropolregionen zu reagieren. Dieses Ziel beinhaltet selbstredend auch die Verbesserung der Kooperationen der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken. Die im Jahr 2005 bei der Prognos AG in Auftrag gegebene Studie der Wirtschaftskompetenzanalyse der Region Mainfranken identifizierte das Themenfeld Gesundheit zu einem Kernkompetenzfeld mit überregionaler Ausstrahlungskraft. Auf Grundlage dieser Studie begründen sich zentrale Handlungsfelder für die Region Mainfranken GmbH, unter anderem das Themenfeld Gesundheit. Ein erster Schritt hin zu einer besseren Vernetzung der Akteure sind die im November 2011 initiierten Fachforen (siehe Kapitel III.5.5).

5.2 Herzinfarktnetz Mainfranken

Herausragende Fachkompetenz besitzt die Universitätsklinik Würzburg im Bereich der Herzinsuffizienzforschung. Im November 2010 ist mit dem Deutschen Zentrum für Herzinsuffizienz Würzburg (DZHI) ein bundesweit einmaliges Forschungs- und Behandlungszentrum entstanden, das zu einem verbesserten Verständnis und einer optimierten Therapie für Herzschwächepatienten beitragen soll. Das DZHI ist mit seinen rund 120 wissenschaftlichen Mitarbeitern aus den unterschiedlichsten Fachbereichen interdisziplinär aufgestellt. Als ein Zeichen der herausragenden bundesweiten Stellung wird die Einrichtung, eine Kooperation der Universität und des Universitätsklinikums Würzburg, vom Bundesforschungsministerium gefördert. Die Zusammenarbeit an der Schnitt-

stelle Forschung, Lehre und Versorgung von Herzinsuffizienz-Patienten ist bisher deutschlandweit einmalig (Universitätsklinikum Würzburg 2012).

In Anlehnung an diesen Forschungsbereich existiert seit September 2007 das Herzinfarktnetz Mainfranken, ein Vorzeigeprojekt für eine Kooperation innerhalb der Gesundheitswirtschaft. Das gegründete Netzwerk unter Federführung von Professor Dr. Sebastian Maier, Oberarzt der Medizinischen Klinik und Poliklinik I am Universitätsklinikum Würzburg, verfolgt das Ziel einer Optimierung der Versorgung von Infarktpatienten. Rettungsdienst, Notärzte, niedergelassene Ärzte, umliegende Krankenhäuser und Patienten sollen mit einbezogen werden, damit die Zeit bis zur Wiedereröffnung eines verschlossenen Herzkranzgefäßes im Falle eines Herzinfarktes möglichst kurz gehalten werden kann. Partner der Arbeitsgemeinschaft sind neun Krankenhäuser der Region, niedergelassene Ärzte, der Rettungsdienst und die Universitätsklinik Würzburg. Für die hohen Qualitätsstandards und die exzellente Arbeit seit der Gründung wurde das Herzinfarktnetz im Dezember 2011 von der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarktnetzwerke als eines der ersten Herzinfarktnetze in Bayern offiziell akkreditiert. „Wir sind stolz darauf, eines der ersten vier akkreditierten Netzwerke in Bayern zu sein und freuen uns auf eine andauernde und erfolgreiche Kooperation mit den Notärzten, Rettungsdiensten und Kliniken der Region zum Wohle unserer Herzinfarktpatienten“, sagte Professor Dr. Sebastian Maier, Koordinator des Herzinfarktnetzes (Universitätsklinikum Würzburg 2011 b).

Derartige Projekte und Kooperationen zwischen unterschiedlichsten Akteuren, wie in diesem Beispiel Kliniken, Ärzten und Rettungsdienst sind zu begrüßen und könnten auch überregionale Beachtung finden. Gerade vor dem Hintergrund, dass in Deutschland jedes Jahr knapp 300.000 Menschen einen Herzinfarkt erleiden, wovon fast jeder dritte Patient verstirbt, noch bevor er das Krankenhaus erreicht. Darüber hinaus sind laut Statistischem Bundesamt und der „Deutschen Gefäßeliga e.V.“ Herz- und Gefäßerkrankungen in Deutschland die häufigste Todesursache. 41 Prozent der 858.768 registrierten Todesfälle 2010 sind auf Herz-/Kreislaufkrankungen zurückzuführen (Deutsche Gefäßeliga e.V. 2011 & Statistisches Bundesamt 2010).

Auch die modernen Formen der Telemedizin finden Anwendung bei den Beteiligten des Netzwerkes. Mithilfe einer Telemetrie-Einheit, die an den Elektrokardiogramm (EKG)-Geräten der Rettungsdienste angeschlossen ist, wird ein direkter Datenversand der aktuellen EKG-Messwerte von der Einsatzstelle zur Klinik ermöglicht. Der Notarzt vor Ort hat somit die Möglichkeit, mit dem

Spezialisten in der Klinik eine noch zielgenauere Therapie in Vorbereitung auf eine Herzkatheter-Untersuchung einzuleiten. Das ganze System, insbesondere die Informationskette, wird auf diese Weise effizienter. Regelmäßige Treffen aller Beteiligten gewährleisten eine dauerhafte Qualitätssicherung und Qualitätserhaltung. Probleme und neue Anregungen können offen diskutiert werden und fördern eine Arbeitsgemeinschaft, die in der Lage ist auf Veränderungen sämtlicher Rahmenbedingungen, beispielsweise in technischer oder organisatorischer Hinsicht, zu reagieren (Universitätsklinikum Würzburg 2010 a). Grundsätzlich besteht auch ein enormes monetäres Einsparungspotential in der Anwendung der Telemedizin im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung von Patienten, die mit vermehrten Krankenhausaufenthalten verbunden ist. Allein bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland beziffern Experten die Einsparpotentiale auf über 10 Milliarden Euro (Henke 2011, 159 f.).

5.3 „Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön“

Bereits im Jahr 2008 gab es eine Wettbewerbsausschreibung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) mit dem Leitthema „Gesundheitsregionen der Zukunft“. Ziel dieses Wettbewerbs war es, Akteure aus medizinischer Forschung, Entwicklung und Gesundheitsversorgung der jeweiligen Regionen zusammenzubringen, damit Innovationen und Synergieeffekte im regionalen Maßstab für das gesamte Gesundheitssystem entstehen. Gefordert wurde eine sehr enge regional fokussierte Verzahnung aller relevanten Akteure für eine optimale Nutzung der vorhandenen Innovationspotentiale. Der Netzwerkansatz sollte im Vordergrund stehen und die jeweiligen Gesundheitsregionen waren dazu aufgefordert ihr Profil zu schärfen und gemeinsam als Marke in der Öffentlichkeit aufzutreten (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) 2011).

Abbildung 14: Logo der „Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön“



Quelle:
Regierung von Unterfranken 2011 b

Für diesen Wettbewerb traten als Gesellschafter die Stadt Würzburg, die Landkreise Würzburg, Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld sowie die Industrie- und Handelskammer Würzburg-Schweinfurt, die Universität Würzburg und die Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt unter dem Dachnamen „Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön“ an. Mit Bad Kissingen, Bad Bocklet, Bad Brückenau, Bad Königshofen und Bad Neustadt sind fünf bekannte Bäder vertreten.

Profilieren wollte sich die Region über die Gesundheitskompetenz in der Kardiologie. In sieben verschiedenen Projektthemen aus dem Bereich der Kardiologie wurden unterschiedliche Maßnahmen umgesetzt und evaluiert, welche die Eigenverantwortung von Gesunden und Patienten gleichermaßen stärken sollen. Die Zielgruppen der Projekte aus der Kardiologie reichen quer durch alle Altersklassen und erfassen sämtliche Lebensbereiche. Einzelne beispielhafte Aspekte der Projekte reichen von der Primärprävention bei Schulkindern über die Gesundheitskompetenz in Unternehmen bis hin zur tertiärpräventiven Versorgung älterer Menschen. Punkten will die Gesundheitsregion mit einem urban (Stadt Würzburg) und gleichzeitig ländlich geprägten Teilraum (Lkr. Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld). Die Region versteht sich als ein idealer Modellraum für die aktuelle demographische Entwicklung und deren Auswirkung auf das Gesundheitswesen. Hinzu kommt, dass die gewonnenen Erkenntnisse und Projekterfolge, vor dem Hintergrund der idealen soziodemographischen Ausgangsbedingungen, auf andere Regionen in Deutschland übertragen werden können (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2010).

Unter 85 Bewerbungen (davon 22 aus Bayern) wurden am 04. Juni 2008 20 Siegerregionen in einem ersten Ausscheidungsverfahren ausgewählt, die dann für die eigentliche, achtmonatige Konzeptentwicklungsphase 100.000 Euro zu Verfügung gestellt bekamen. Die Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön gehörte in der ersten Wertungsrunde zu den 20 besten Bewerbungen, schaffte es dann aber nicht unter die drei Siegerregionen, die mit bis zu 10 Millionen Euro über vier Jahre hinweg vom BMBF finanziell unterstützt werden. Die drei Siegerregionen waren die „GesundheitsMetropole Hamburg“, die „Gesundheitsregion Ostseeküste“ und die „Metropolregion Rhein-Neckar“. Dass es für die Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön nicht unter die besten drei reichte, begründete die Jury unter anderem mit dem Hinweis, dem Antrag habe letztlich „die Leuchtturm-Idee“ gefehlt, die in der Projektbeschreibung von den 20 Finalisten gefordert wurde (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) 2011 & Mainpost 2010 a). Wie bereits angesprochen fehlte der Region ein Konzept bzw. eine Kernkompetenz mit Vorreiterfunktion für andere Gesundheitsregionen in Deutschland. Dennoch ist diese regionale Kooperation uneingeschränkt als Erfolg zu bewerten und die Verantwortlichen der Gesundheitsregion verfolgen ein klar definiertes Ziel: „Das geplante regionale Projekt will durch die Stärkung individueller Verantwortung die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Primär-

und Sekundärprävention nachhaltig verbessern“ (Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön AG 2011).

Ein weiteres Projektziel war es ein höchstes Maß an Transparenz gegenüber den Menschen bzw. Patienten der Region zu erreichen. Wichtige Entscheidungen zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit sollen von der Bevölkerung mitgetragen werden und im Konsens mit den Fachgremien gefällt werden. Der Bürger sollte als gleichberechtigter und aktiver Partner die Gesundheitsregion mitgestalten können. Wie bereits angesprochen sind neue Versorgungsangebote, die das starre System von ambulanter und stationärer Versorgung aufbrechen, zu entwickeln um zukunftsfähig zu bleiben. Genau dieser Ansatz war als weiteres Ziel der Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön vorgesehen. Es wird für die Projektregion weiterhin die Vernetzung akutmedizinischer und rehabilitativer, ambulanter und stationärer Versorgungsangebote über sämtliche Versorgungssektoren, einschließlich des Pflegebereichs, angestrebt (Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön AG 2011).

Aus regionalplanerischer Sicht nimmt die Gesundheitswirtschaft, gemäß dem Beschluss vom 25. Mai 2009 zur Fortschreibung des Regionalplans Region Würzburg, eine bedeutende Rolle in der zukünftigen Ausrichtung des mainfränkischen Gesundheitswesens ein.

„Zur Förderung der Gesundheitskompetenz soll der [bestehende] praxisbezogene Verbund von Hochschulen und Forschungseinrichtungen mit medizinischen Einrichtungen auch über die Regionsgrenzen hinaus gestärkt werden. Hierbei sollen insbesondere die Kooperationen im Rahmen der Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön weiter gestärkt werden“

(Golsch, 2009, 11)

Dieses Zitat aus der textlichen Festsetzung zur Fortschreibung des Regionalplans (Beschluss des Planungsausschusses des Regionalen Planungsverbandes Würzburg vom 25. Mai 2009) bezieht sich explizit auf das existierende Netzwerk. Die Regionalplanung versucht den Gesundheitsstandort Mainfranken überregional bekannt zu machen und setzt hierbei auf die bestehenden Kooperationen der Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön.

5.4 Ärztenetzwerk Mainfranken

Eine bestehende Kooperation unter den Ärzten Mainfrankens ist das sogenannte „Ärztenetzwerk Mainfranken“. Dieser Zusammenschluss der Ärzte zu einem Netzwerk verfolgt zum einen das Ziel die Marktposition der niedergelassenen Ärzte gegenüber anderen medizinischen Leistungsanbietern zu konservieren, zum anderen sollen Rationalisierungseffekte durch die Nutzung von gemeinsamen Geräten bzw. Laborgemeinschaften oder durch die Bildung von Einkaufsgemeinschaften entstehen. Das in Form einer Genossenschaft geführte Netzwerk kann auf ein Mitgliederpotential von circa 120 Ärzten zurückgreifen. Durch das gemeinsame Anbieten von Patientenschulungen kann eine Erweiterung des Leistungsangebots jedes einzelnen Arztes erreicht werden. Besondere Leistungsangebote zur Integrierten Versorgung werden durch die Zusammenarbeit der Vielzahl von Ärzten entwickelt und in Abstimmung mit der Kassenz ärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen angeboten (Ärztenetzwerk Mainfranken e.G. 2011). Eine vergleichbare Kooperation unter niedergelassenen Ärzten existiert auch für den Raum Ochsenfurt unter dem Netzwerknamen „MainArzt“.

Einige Akteure der Gesundheitswirtschaft fordern nach Auswertung der Fragebögen explizit eine öffentlich zugängliche Liste, beispielsweise im Internet, mit allen relevanten Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken. Die Region Mainfranken GmbH hat mit ihrer Unternehmensdatenbank „Competence Mainfranken“, ein Projekt der Regionalmarketing-Initiative Region Mainfranken GmbH in Kooperation mit der Stadt Würzburg (Congress – Tourismus – Wirtschaft), einen ersten Ansatz für eine regionale Firmendatenbank im Gesundheitsbereich geliefert.

Neben diesen genannten Netzwerken gibt es noch zahlreiche andere Kooperationen in der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken. Gemeinsam haben alle diese Initiativen, dass sie sich meist nur an eine Klientel bzw. bestimmte Adressaten wenden. So gibt es wie erwähnt Kooperationen im Ärzteswesen, aber auch Kliniken und Unternehmen kooperieren untereinander. Bisher fehlte jedoch eine Institution in der Gesundheitswirtschaft, die die Interessen der Gesamtregion Mainfranken bündelt. Diese These belegen auch die erhobenen Daten aus dem Fragebogen. Von 412 gültigen Antworten, zur Frage nach einer Zusammenarbeit mit einer gesundheitswirtschaftlichen Institution, gaben knapp 80 Prozent an, mit keiner derartigen Einrichtung zu kooperieren (eigene Erhebungen). Dieses institutionelle Vakuum zu schließen, sollte die Aufgabe der Region Mainfranken GmbH sein. Bedingt durch das Nebeneinander von staatlicher Regulierung

und freier Marktwirtschaft, in Verbindung mit der großen Anzahl unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen, wird eine marktwirtschaftlich orientierte Kooperation nur durch das Eingehen von Kompromissen zu realisieren sein.

5.5 Fachforen „Gesundheit“ und „Wissenschaft und Wirtschaft“

Ausgehend von einer Studie der Prognos AG fokussiert sich die Regionalentwicklung der Region Mainfranken GmbH im Wesentlichen auf die drei Kompetenzfelder Automotive/Maschinenbau, Gesundheit/Bio-Medizin und Neue Materialien.

Als ein erster Schritt zur besseren Vernetzung der Akteure und zum fachlichen Austausch werden in Zukunft diverse themenspezifische Fachforen ins Leben gerufen. Unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheitswirtschaft in Mainfranken haben das Fachforum „Wissenschaft und Wirtschaft“ (politischer Sprecher ist Oberbürgermeister Rosenthal, fachliche Sprecher sind der Präsident der Universität Würzburg Prof. Alfred Forchel und IHK Präsident Dieter Pfister) und das Fachforum „Gesundheit“ (politischer Sprecher ist der Landrat des Landkreises Bad Kissingen Thomas Bold, fachlicher Sprecher ist der ärztliche Direktor der Universitätsklinik Würzburg Prof. Dr. Christoph Reiners).

Bevor die Fachforen ihre Arbeit aufnehmen konnten, wurden von der Region Mainfranken GmbH im Vorfeld Arbeitsziele und die konkret angestrebte fachliche Fokussierung ausgearbeitet. Ein wichtiges Ziel dieser Foren ist es, die Vernetzung von Schlüsselakteuren in diversen festgelegten Handlungsfeldern zu fördern. Für das Fachforum „Wissenschaft und Wirtschaft“ besteht das Ziel zunächst darin, eine geeignete Plattform zu schaffen, welche die in der Region vorhandenen Kompetenzen sowohl in Wissenschaft als auch in der Wirtschaft noch besser vernetzt und dadurch der Standort Mainfranken nachhaltig gestärkt wird. Diese Herangehensweise begegnet somit dem Wunsch vieler Akteure nach einer besseren Vernetzung und Kommunikation untereinander.

Auf der Agenda für die Fachforen steht des Weiteren, dass die themenbezogenen Stärken und Chancen identifiziert werden sollen und im Idealfall anschließend in strategische Erfolgskonzepte münden. Neben der Schärfung des Standortprofils sollen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um das Standortimage der Region Mainfranken zu stärken. Für vermeintliche Schwächen und Zukunftsrisiken der Wirtschaftsbereiche, die sich bei der Analyse ergeben könnten, sollen auch geeignete Handlungskonzepte entwickelt werden.

Da diese Gremien ihre Arbeit erst Ende 2011 aufgenommen haben, ist eine Beurteilung über den generellen Erfolg oder beispielsweise spezifische, bereits initiierte Projekte nicht möglich. Festzuhalten ist indes, dass die Einbindung zentraler Akteure und die Bereitstellung einer Plattform für den regelmäßigen inhaltlichen Austausch als Erfolge zu werten sind.

5.6 Bäderland Bayerische Rhön

Eine weitere Stärke Mainfrankens sind das Kurwesen und die fünf Heilbäderstandorte der Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld. Laut einer Emnid Umfrage aus dem Jahr 2008 unter dem Titel „Namentliche Bekanntheit deutscher Kurorte und Heilbäder 2008“, die von der Reppel-Heilbäderberatung in Auftrag gegeben wurde, darf sich das bayerische Staatsbad Bad Kissingen weiterhin „Deutschlands bekanntester Kurort“ nennen, heißt es in einer Pressemitteilung der Staatsbad Bad Kissingen GmbH. Emnid ermittelte für Bad Kissingen einen Bekanntheitsgrad von 14,5 Prozent. Auf dem zweiten Rang folgt Bad Füssing mit 11,5 Prozent (Mainpost 2008).

Der Beschluss des bayerischen Ministerrates aus dem Jahr 2003 die Region Rhön-Saale als Gesundheitsregion einzustufen und zu entwickeln ebnete den Weg für die Gründung der Arbeitsgemeinschaft 2004. Die einzelnen Kurorte Bad Bocklet, Bad Brückenau, Bad Kissingen, Bad Königshofen und Bad Neustadt haben sich unter dem Dachnamen „Bäderland Bayerische Rhön“ zusammengeschlossen. Eine Arbeitsgemeinschaft, die neben gemeinsamen bundesweiten Marketing-Maßnahmen das Ziel verfolgt, innovative Präventionsangebote anzubieten. Das Bäderland definiert sich überregional an der Schnittstelle Gesundheit, Kultur und Natur. Regelmäßige Treffen aller involvierten Entscheidungsträger dienen der Abstimmung und Koordination des weiteren Vorgehens. In dieser neuen Kooperation sollen auch andere gesundheitsrelevante Themen, wie die Fachkräftesicherung im Pflegebereich oder die Sicherung der ärztlichen Versorgung gemeinschaftlich angegangen und zunächst in unterschiedlichen Arbeitsgruppen bearbeitet werden. Ein weiterer Anknüpfungspunkt ist der Bereich Reha, Prävention und Gesundheitstourismus der weiter ausgebaut und vertieft werden soll. Die wirtschaftlichen Stärken der beiden Landkreise liegen eindeutig im Gesundheitsbereich. In beiden Regionen gibt es zahlreiche Gesundheitsunternehmen und eine Vielzahl an Kliniken und Sanatorien. Zusätzlich finanziell unterstützt wird das Gesundheitsnetzwerk zudem durch EU-Fördermittel aus einem LEADER Förderantrag der Projektpartner. Insgesamt werden die Projektkosten auf 46.200 Euro veranschlagt,

von denen gut die Hälfte, 23.300 Euro, über den Strukturfond förderfähig sind. Die restlichen Kosten teilen sich die IHK und die Landkreise (Mainpost 2010 b).

IV. Zukünftige Potenziale der Gesundheitswirtschaft in der Region Mainfranken

Der Gesundheitsstandort Mainfranken bietet ein facettenreiches Spektrum an unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten und Stärken. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben unterschiedliche Potentiale im Bereich der Gesundheitswirtschaft und auch die Gesundheitswirtschaft selbst besitzt in den Teilräumen Mainfrankens ganz unterschiedliche Bedeutung innerhalb der lokalen Wirtschaftsstruktur (Abbildung 9).

1. Stärken und Chancen der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken

Einer der großen Pluspunkte für die Gesundheitswirtschaft der Region stellt das Universitätsklinikum Würzburg dar. Alle befragten Experten und auch ein Großteil der befragten Unternehmen sind sich darin einig, dass diese Einrichtung in Würzburg ein enormes Potential besitzt und nicht nur regionale bzw. nationale Bedeutung erlangt hat, sondern ihr eine internationale Ausstrahlungskraft anhaftet. Auch die Geschäftszahlen der Klinik sprechen für sich. In 2010 sind 5.379 Personen an der Universitätsklinik beschäftigt (Voll- und Teilzeitkräfte), somit ist das Großkrankenhaus einer der wichtigsten und größten Arbeitgeber Würzburgs und der gesamten Region im abgelaufenen Geschäftsjahr 2010 (Universitätsklinikum Würzburg 2010 b, 25).

Das Universitätsklinikum ist als Krankenhaus der Maximalversorgung eingestuft und versorgt eine Region mit 1,5 Millionen Einwohnern. Ein wichtiger Schritt hin zur Zentralisierung und besseren Vernetzung der Einzelakteure der Uniklinik wurde durch die Aufgabe von isolierten und peripheren Klinikstandorten in Würzburg erreicht. Die dafür neu errichteten Zentren für operative und innere Medizin (ZOM und ZIM), als eine Zusammenlegung vorher separater Kliniken zu einer Funktionseinheit markierten bei deren Eröffnung 2004 bzw. 2009 einen Meilenstein in der Entwicklung des Universitätsklinikums (Universitätsklinikum Würzburg 2009).

Die Universitätsklinik verfügt über 1.399 Betten und behandelte 2010 laut Statistik 200.500 Patienten ambulant (Universitätsklinikum Würzburg 2010 b, 63). Vollstationär wurden ohne Berücksichtigung interner Verlegungen 52.147 Patienten

behandelt. Im Vergleich zum Geschäftsjahr 2009 mit einem Umsatz von knapp 411 Millionen Euro konnte 2010 der Umsatz um rund 3,4 Prozent auf 425 Millionen gesteigert werden. Diese Zahlen unterstreichen die Ausnahmestellung der Einrichtung für die Region (Universitätsklinikum Würzburg 2010 b, 5 und 65). Die in Kapitel III.4 empirisch belegten Stärken der Universitätsklinik, in erster Linie im Forschungszweig Biomedizin, können als Orientierungspunkte für eine überregionale Positionierung der mainfränkischen Gesundheitswirtschaft dienen und Anknüpfungspunkte für Kooperationen aus Akteuren der Wissenschaft und der Wirtschaft darstellen. Das Innovations- und Gründerzentrum Würzburg (IGZ) greift diese Idee auf und ist das größte Technologie- und Gründerzentrum für High-Tech-Gründungen im Bereich der Biotechnologie und Biomedizin in Unterfranken (Innovations- und Gründerzentrum Würzburg (IGZ) 2011).

Der Rehabereich, der vor allem im Norden Mainfrankens von erhöhter Bedeutung ist, hat eine zusätzliche öffentlichkeitswirksame Aufwertung erfahren. Durch Beschluss des Fakultätsrates der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg besitzt die Deegenbergklinik Bad Kissingen seit Februar 2011 eine akademische Lehreinrichtung für den Bereich Medizinische Rehabilitation der Julius-Maximilians-Universität-Würzburg. Somit hat die Deegenbergklinik die Kompetenz und Aufgabe zur Ausbildung von Medizinstudenten im Bereich Rehabilitation. Neben sieben Akutkrankenhäusern, die als Lehrkrankenhäuser fungieren, ist die Deegenbergklinik die erste Reha-Klinik der Universität Würzburg, die an der Lehre beteiligt ist (Mainpost 2011 b).

Ein weiteres Standbein bildet die 2005 in Kooperation mit der IHK ins Leben gerufene „Akademie für Gesundheitswirtschaft Bad Kissingen“ mit Weiterbildungsmöglichkeiten für hochwertige Qualifikation in den Bereichen Gesundheitswesen und Tourismus. Wie erläutert, existiert darüber hinaus eine Kooperation mit der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt im Hinblick auf die Einführung eines berufsbegleitenden Masterstudiengangs. Die Geschäftsstellen der Arbeitsgemeinschaft Bäderland Bayerische Rhön und des „Zentrum für Telemedizin“ runden das Angebot des RSG im gesundheitswirtschaftlichen Bereich ab. Letztgenanntes „Zentrum für Telemedizin“ besteht in der Organisationsform eines Vereins mit 33 Mitgliedern und wird vom Bayerischen Gesundheitsministerium gefördert. Ziel des Vereins ist „die Verbesserung der Patientenversorgung mit telemedizinischen Ansätzen durch die Förderung und Forschung auf dem interdisziplinären Gebiet der Telemedizin und der Medizininformatik“ (Zentrum für Telemedizin e.V. Bad Kissingen (ZTM) 2011).

Die Mitgliedschaft der Städte Würzburg und Bad Kissingen im „Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland“ trägt ihren Teil dazu bei, den Gesundheitsstandort Mainfranken mit Leben zu füllen und durch bürgernahe Aktionen öffentliche Aufmerksamkeit für dieses Thema zu erregen. In den Städten, die den Titel der gesunden Stadt tragen, sollen idealerweise Gesundheit, körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden im Mittelpunkt aller Entscheidungen, vornehmlich der politischen, stehen. Die Gesundheitsförderung sollte als eine gesellschaftspolitische Aufgabe im öffentlichen Bewusstsein verankert werden und eine aktive Beteiligung der Bürger an diesem Prozess ist erwünscht (Gesunde Städte Netzwerk der BRD 2011). Auf diese Weise kann der Region der Schulterschluss zwischen einer nach außen gerichteten Darstellung einer Gesundheitsregion und einer nach innen gerichteten, von der Bevölkerung selbst getragenen Überzeugung, in einer gesundheitsbewussten Stadt bzw. Region zu leben gelingen. Dieser Gedanke, den Bürgern eine gewisse Gesundheitskompetenz nahezubringen, mit dem Ziel der generellen Verbesserung des Gesundheitsverhaltens in Verbindung mit einer daraus resultierenden angestrebten günstigen Kostenentwicklung im medizinischen Behandlungssektor, ist auch das Leitthema der Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön (siehe Kapitel III.5.3) (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2010).

Für Würzburg beispielsweise heißt die Mitgliedschaft im Gesunde Städte Netzwerk konkret die Durchführung der Würzburger Gesundheitstage, die seit 1998 jährlich unter verschiedenen Mottos stattfinden. Ferner haben sich seit 2003 die Verantwortlichen der Stadt Würzburg einen neuen Schwerpunkt im Gesundheitsbereich mit der Aktion „Würzburg bewegt sich“, eine Maßnahme um die Bevölkerung zu mehr sportlicher Aktivität zu bewegen, gewählt (Stadt Würzburg 2012).

In der Gesamtbetrachtung der Stärken der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken kann man festhalten, dass es zahlreiche innerregionale thematische und fachliche Schwerpunkte gibt und sich insgesamt eine heterogene Struktur zeigt. Als Schwerpunkte sind hier die Städte Würzburg und Schweinfurt sowie ihr jeweiliges Umland und die Landkreise Bad Kissingen, Rhön-Grabfeld zu nennen. Die Stärken Würzburgs liegen in einem regional bedeutsamen Standort der Hightech-Medizin, den Hochschulen, der Universitätsklinik und in der Akutversorgung. Schweinfurt zeichnet sich durch die Hochschule für Angewandte Wissenschaften, hier insbesondere der Bereich Medizintechnik, aus. Die Stärken

der Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld liegen eindeutig im Reha-Bereich.

Die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft sehen die Stärken Mainfrankens vor allem in der sehr guten medizinischen Versorgung der Region (44,7 Prozent). Auffallend ist, dass 16,7 Prozent der gültigen Antworten auf die Universitären Einrichtungen und deren Forschung entfallen. Somit ist die Bedeutung der Universität auch aus Sicht der Akteure selbst eine zentrale Stärke der Region.

Tabelle 14: Stärken der Gesundheitswirtschaft aus Sicht der Unternehmen

Stärken der Gesundheitswirtschaft n=275	Antworten	
	Anzahl	%
Allgemein sehr gute medizinische Versorgung	123	44,7
Universitäre Einrichtungen und Forschung	46	16,7
Wirtschaftliche Vorteile durch den Standort Mainfranken	29	10,5
Rehabilitation und Bäderwesen	20	7,3
keine Stärken	13	4,7
gute Kooperationen	13	4,7
Prävention	10	3,6
Besondere fachliche Ausrichtung der Medizin in Mainfranken	10	3,6
ambulanter Pflegebereich	7	2,5
Vielfältige Trägerlandschaft	2	0,7
Sonstiges	2	0,7
Gesamt	275	100,0

Quelle: eigene Erhebungen (die fehlenden Werte sind in der Tabelle nicht berücksichtigt)

2. Schwächen und Nachteile der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken

Zu einem Problem in naher Zukunft könnte sich die hausärztliche Versorgung vor allem in ländlichen Gebieten Mainfrankens entwickeln. In ganz Unterfranken werden nach Schätzungen des Bayerischen Hausärzterverbandes in den nächsten fünf Jahren 100 bis 150 Hausärzte fehlen. Das derzeitige Durchschnittsalter der niedergelassenen Hausärzte liegt bei 60 Jahren und mit 63 wird ein Großteil der Ärzte in den Ruhestand treten. Es droht auf Dauer gesehen eine medizinische Unterversorgung in den ländlichen Gebieten Mainfrankens (Mainpost 2011 a). Die Zahlen der Ärzte auf Bundesebene sind seit Jahren

ansteigend, das Problem ist lediglich deren geographische Verteilung (Bundesärztekammer 2009). Die Politik debattiert seit einiger Zeit über verschiedene Ansätze, wie man für Ärzte den klassischen Landarztberuf attraktiver gestalten könnte. Eine Option ist mittels finanzieller Zuschüsse, in Verbindung mit einer zeitlich begrenzten Tätigkeit auf dem Land, vor allem jungen Ärzten und Hochschulabsolventen das Arbeiten in einer Landarztpraxis anzupreisen. Falls es nicht gelingen sollte, in Zukunft eine flächendeckende Nahversorgung mit den bestehenden Personalressourcen zu erreichen, ist ein Eingreifen der Politik in die Arztplanung angedacht. Seitens der Krankenkassen wird dieses derzeit diskutierte, mögliche Mitbestimmungsrecht der Bundesländer bei der zukünftigen Planung des regionalen Ärztebedarfs kritisch gesehen. Der vermehrte politische Einfluss würde die ohnehin schon steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen weiter in die Höhe treiben. Die angesprochene Problemstellung äußert sich in der Praxis vor allem in der teilweise aussichtslosen Suche nach einem Nachfolger für Ärzte, die in absehbarer Zeit aus dem Dienst scheidet. Allein im Landkreis Main-Spessart sind etwa 25 Prozent der niedergelassenen Ärzte über 65 Jahre alt (Mainpost 2011 a). Für den Erhalt des Status quo werden konkrete Planungen erforderlich sein. Mehr Kooperationen und auch gänzlich neue Wege in der medizinischen Versorgung sollten nicht ausgeschlossen werden (Mainpost 2011 a).

Der bundesweite Trend eines Fachkräftemangels wird sich laut den befragten Experten auch in Mainfranken niederschlagen. 26,8 Prozent der Unternehmer befürchten indirekt einen Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen in den kommenden Jahren, indem sie sich für eine bessere medizinische Versorgung in den ländlichen Gebieten aussprechen (Tabelle 16). Vor allem im Pflegesektor werden nach den Prognosen der Dienstleistungsgewerkschaft „ver.di“ in Bayern im Jahr 2020 rund 30.000 Altenpfleger fehlen. Die Staatsregierung des Freistaates Bayern hat auf diese Prognosen reagiert. Ab 1. Januar 2012 sorgt ein neues Gesamtkonzept für mehr Planungssicherheit an den bayerischen Altenpflegeschulen. Aktuellen Zahlen zufolge besuchen 8.312 Schülerinnen und Schüler eine Altenpflegeschule in Bayern. Nach Ankündigungen der Staatsregierung sollen die Betriebskostenzuschüsse, die unter anderem die Personalkosten enthalten, von 79 auf 100 Prozent erhöht werden (Mainpost 2011 d). Die zukünftigen demographischen Entwicklungen haben zur Folge, dass die Zahl von gegenwärtig 2,1 Millionen pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2030 auf 3,3 Millionen ansteigen wird. Das Statistische Bundesamt hat errech-

net, dass in 15 Jahren insgesamt in Deutschland voraussichtlich rund 152.000 Pflegekräfte fehlen werden (Mainpost 2011 e). Die in Kapitel II.4 angedeuteten demographischen Veränderungen in Mainfranken lassen diese These plausibel erscheinen und der Bedarf an Pflegekräften wird sich in den nächsten Jahren auch verstärkt in der Region bemerkbar machen. Der Fachkräftemangel äußert sich auch in einer steigenden Zahl an Leiharbeitskräften im Pflegebereich. Die Leiharbeit stellt sich in diesem Fall als Symptom eines strukturellen Fachkräftemangels dar und ist nicht als kompensatorische Maßnahme eines konjunkturellen Arbeitskräftebedarfs zu sehen, das heißt, es gibt schlichtweg zu wenige Pflegekräfte (Henke 2011, 252 f.). Zentrale Frage sollte sein, wie man den Pflegeberuf attraktiver gestalten kann und wie man vor allem qualifizierte Pflegekräfte in die Region bringt.

„In der Altenpflege in Deutschland werden jedes Jahr 44.000 Menschen ausgebildet. Das ist viel zu wenig“, so Herbert Mauel, Geschäftsführer des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V., kurz bpa. „Wir werden in den kommenden zehn Jahren 300.000 weitere Mitarbeiter in der Pflege benötigen, um die Pflege sicherzustellen“, so Mauel weiter (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) 2010).

Viele Krankenhäuser, auch in der Region Mainfranken, leiden unter einer angespannten wirtschaftlichen Situation einhergehend mit Problemen wie Investitionsstau und fehlenden Zuschüssen seitens der Kommunen. Kosten und Einnahmen werden aus Einsparungsgründen umverteilt und diverse Bereiche in den Krankenhäusern leiden unter den Sparmaßnahmen (Henke 2011, 249).

3. Handlungsempfehlungen für Mainfranken

Neben den aktuellen und zukünftig auftretenden Problemen und Herausforderungen im Zusammenhang mit der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken gibt es einige Möglichkeiten für die Akteure aktiv die weiteren Entwicklungen der Gesundheitswirtschaft in der Region mitzugestalten. Besonders die in Tabelle 15 aufgeführten Handlungsvorschläge sind ein wichtiger Anhaltspunkt für die zukünftig zu treffende Maßnahmen in der Region. Auffallend ist der vergleichsweise starke Wunsch nach einer besseren Vernetzung der Akteure untereinander (27,5 Prozent). Die 18,5 Prozent der gültigen Antworten, die auf notwendige politische Entscheidungen verweisen, belegen die hohe Bedeutung von politischen Entscheidungen in der gesamten Gesundheitswirtschaft.

Tabelle 15: Konkrete Verbesserungsvorschläge der Akteure für die Gesundheitswirtschaft der Region Mainfranken

Konkrete Verbesserungsvorschläge n=200	Antworten	
	Anzahl	%
Bessere Vernetzung der Akteure untereinander	55	27,5
Versorgung in ländlichen Gebieten verbessern	44	22,0
notwendige politische Entscheidungen durchsetzen	37	18,5
Bessere Öffentlichkeitsarbeit / mehr Marketingmaßnahmen	21	10,5
Ausbau der med. Infrastruktur in unterschiedlichen med. Fachdisziplinen	14	7,0
Sonstiges	14	7,0
ambulante Versorgung erweitern	8	4,0
mehr medizinische Bildungsangebote schaffen	7	3,5
Gesamt	200	100,0

Quelle: eigene Erhebungen (die fehlenden Werte sind in der Tabelle nicht berücksichtigt)

Im Folgenden werden einige Handlungsempfehlungen und Lösungsansätze aufgezeigt, wie die einzelnen Akteure in Zukunft den sich ändernden Rahmenbedingungen begegnen können.

4. Mehr Anreize für Landärzte schaffen

Ein wichtiger Aspekt bei den Bereichen mit weiterem Entwicklungsbedarf der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken ist die drohende hausärztliche Unterversorgung in den ländlichen Gebieten Mainfrankens. Diesem Aspekt wird auch aus Sicht der befragten Akteure ein hohes Maß an Bedeutung beigemessen. 26,8 Prozent der Antworten zu den Handlungsfeldern mit Entwicklungsbedarf entfallen, wie bereits erwähnt, auf den Themenkomplex der medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Handlungsfelder der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken mit besonderem Entwicklungsbedarf aus Sicht der Akteure

Entwicklungsbedarf der Gesundheitswirtschaft n=265	Antworten	
	Anzahl	%
bessere med. Versorgung in ländlichen Gebieten	71	26,8
bessere Vernetzung der Akteure	55	20,8
Ausbau medizinischer Fachgebiete	35	13,2
politische Veränderungen sind nötig	26	9,8
mehr med. Aufklärung für die Bürger	16	6,0
Neue Versorgungsmodelle entwickeln	14	5,3
Ausbau der Universitätsklinik / mehr Forschung	13	4,9
mehr Vermarktung der GW / Gesundheitskonzept	11	4,2
Ausbau der Altenbetreuung	10	3,8
Sonstiges	8	3,0
Stärkung der Rehaangebote / Kurwesen	6	2,3
Gesamt	265	100,0

Quelle: eigene Erhebungen (die fehlenden Werte sind in der Tabelle nicht berücksichtigt)

Dem Sicherstellungsauftrag des SGB Abschnitt V nach (Paragrafen 72 ff.) ist die KVB dazu verpflichtet sich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung anzunehmen und die geeigneten Maßnahmen zu ergreifen (Sozialgesetzbuch (SGB) 2011). Mit Sicherheit ist diese Herausforderung nicht einfach zu meistern, hat aber dennoch in der KVB einen eindeutigen Adressaten.

Im Zeitraum 1991 bis 2008 ist die Zahl der Ärzte um mehr als 30 Prozent angestiegen. Gleichzeitig hat sich innerhalb weniger Jahre ein Angebotsmarkt mit tausenden von arbeitslosen Ärzten zu einem Nachfragemarkt mit ebenso vielen offenen Stellen entwickelt (Bundesärztekammer 2009).

„Die heute herrschende Mehr-Klassen-Medizin ist von der Ärzteschaft nicht gewollt – sie ist die Konsequenz eines politisch induzierten Mangels, gepaart mit einem ebenso politisch gewollten Preiswettbewerb“, so die Meinung von Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2009).

Es scheint paradox, dass es trotz steigender Ärztezahlen immer mehr offene Stellen zu verzeichnen gibt. Ein Grund für diese Tatsache sind die Veränderungen, die der medizinische Fortschritt mit sich bringt. Der Vorteil des medizinischen Fortschritts ist die größer werdende Vielfalt der Behandlungsmethoden. Ergo erhöht sich dadurch der Personaleinsatz einhergehend mit mehr Leis-

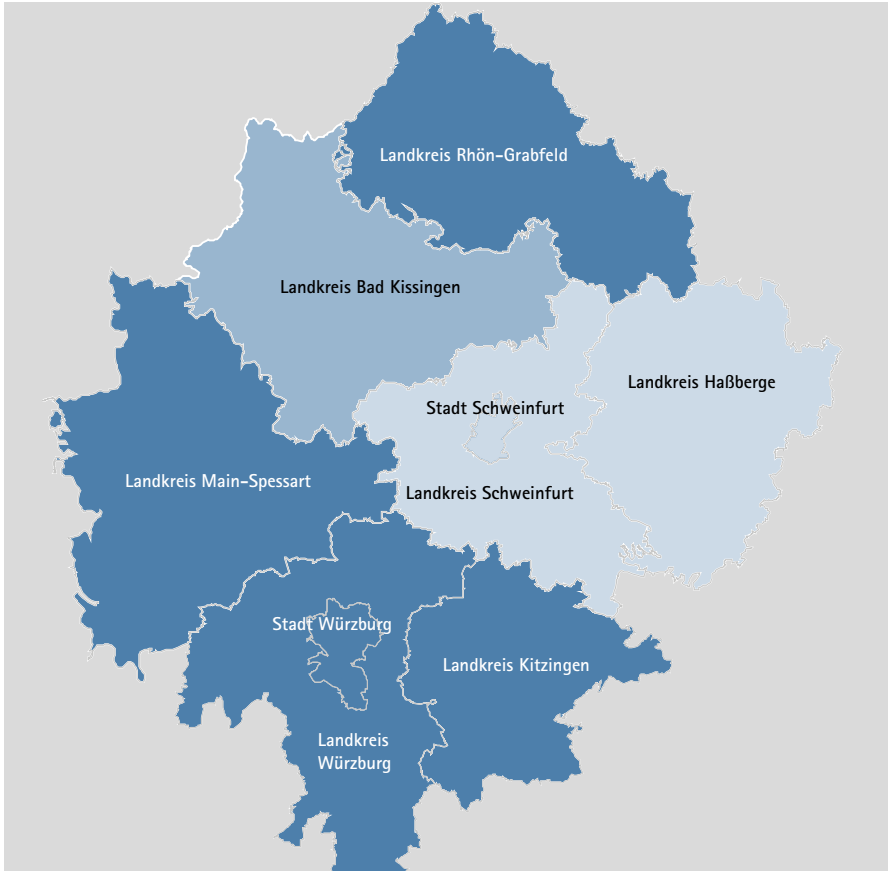
tung die von den Ärzten erbracht werden muss. Diverse Veränderungen in der Arbeitswelt und der Zusammensetzung der Ärzteschaft tragen zu dem faktischen Ärztemangel bei. Der Frauenanteil in der Ärzteschaft ist von 33,6 Prozent im Jahr 1991 auf 41,5 Prozent im Jahr 2008 angestiegen (Bundesärztekammer 2009). Frauen haben oftmals andere Lebensentwürfe als Männer und stellen, bedingt durch Schwangerschaft und Erziehung, statistisch gesehen, weniger Arbeit pro Zeiteinheit zur Verfügung, was aber familienpolitisch ausdrücklich so gewollt ist. An diesem Punkt ist unter anderem die Politik gefragt, um mit geeigneten Rahmengesetzen wieder ein Gleichgewicht zwischen Arbeit, Leistung und Angebot herzustellen. Aktuell ist der Fall eingetreten, dass es, wie die Zahlen belegen, einerseits mehr Ärzte gibt und zugleich vielerorts faktisch ein Ärztemangel herrscht. Diese Tatsache ist auf den ersten Blick zwar ein Widerspruch in sich, bei näherer Betrachtung zeigt sich dieses Problem allerdings nur als natürliche Folge gesellschaftlicher Veränderungen (Bundesärztekammer 2009).

Mit dem seit ersten Januar 2012 in Kraft getretenen „Versorgungsstrukturgesetz“ ist von Seiten der Politik ein erster Schritt hin zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur in ländlichen Gebieten getan. Als ein Beispiel für erste praktische Veränderungen, die sich aus diesem Gesetz ergeben, ist die Aufgabe der bisherigen Präsenzpflcht der Ärzte, d.h. die Regelung, dass ein Arzt unmittelbar in der Nähe seiner Praxis wohnen muss, aufgehoben. Es ist mittlerweile also durchaus möglich, auf die Region Mainfranken bezogen, als Arzt in Würzburg zu wohnen und in Rimpar eine Praxis zu führen (Mainpost 2012). Das Problem kann nur im Dialog bewältigt werden und geht über die reine Ansiedlungsproblematik der Ärzteschaft hinaus. Sicherlich spielen weiche Standortfaktoren, wie etwa die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr und allgemein die Lebensqualität in den Kommunen, mit eine tragende Rolle bei der Entscheidung eine Arztpraxis auf dem Land zu übernehmen. Ziel muss es auch sein, das Lebensumfeld in den ländlichen Regionen attraktiver zu gestalten, dass sich als Folge wieder vermehrt junge Familien in den ländlichen Regionen niederlassen. Ein wichtiges Zeichen für andere Regionen im Hinblick auf eine angestrebte Verbesserung der Versorgungssituation hat die Technische Universität München unternommen. Zum Wintersemester 2009/2010 hat der bayernweit erste Stiftungslehrstuhl für Allgemeinmedizin in München seinen Betrieb aufgenommen. Die Finanzierung des Lehrstuhls wird gemeinsam von der KVB und der AOK Bayern geschultert. Die monetäre Förderung ärztliche Weiterbildungsabschnitte in Hausarztpraxen wurde verdoppelt um die allgemeinmedizi-

nische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte lukrativer zu gestalten. Die erhöhte Vergütung von Weiterbildungsabschnitten in der Praxis unterscheidet sich nicht länger gravierend von der in den klinischen Weiterbildungsabschnitten. Somit profitiert die Region München direkt von der guten Weiterbildung in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und ermöglicht eine optimale patientennahe Versorgung der ländlichen Gebiete um München. Dieses geschilderte Beispiel ist durchaus eine Möglichkeit die zeigt, wie man es erreichen kann die benötigten Fachkräfte direkt vor Ort bzw. in der Region zu rekrutieren (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010 b).

Seitens der KVB wurden zwei weitere Initiativen im Internet gestartet um dem drohenden Mangel an Allgemeinmedizinern auf dem Land entgegenzuwirken. Zum einen ist dies eine Kooperationsbörse und zum anderen ein Onlineportal zur Niederlassungssuche für Ärzte. Damit fördert die KVB aktiv die Bildung von Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, um beispielsweise den Praxiswert zu steigern und von Synergieeffekten zu profitieren. Die im Onlinedienst verfügbare Niederlassungssuche für Ärzte ermöglicht es diesen nach freien Praxissitzen in nicht gesperrten Planungsbereichen zu suchen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011 b).

Abbildung 15: Versorgungsgrad der Hausärzte in der Region Mainfranken



Planungsbereich	Status	Versorgungsgrad in %
Landkreis Bad Kissingen	Partiell entsperrter Planungsbereich	104,4
Landkreis Haßberge	Partiell entsperrter Planungsbereich	91,5
Landkreis Kitzingen	Offener Planungsbereich	111,5
Landkreis Main-Spessart	Offener Planungsbereich	112,5
Landkreis Rhön-Grabfeld	Offener Planungsbereich	112,4
Landkreis Schweinfurt	Partiell entsperrter Planungsbereich	87,4
Stadt Schweinfurt	Partiell entsperrter Planungsbereich	87,4
Stadt Würzburg	Offener Planungsbereich	120,1
Landkreis Würzburg	Offener Planungsbereich	110,1

- → Gesperrter Planungsbereich
- → Partiell entsperrter Planungsbereich
- → Offener Planungsbereich

Entscheidend ist die örtliche Einwohner/Arzt-Relation; Über- oder Unterschreitung der „110-Prozent-Grenze“

Quelle: Eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2011b, Kartengrundlage: GfK GeoMarketing GmbH

Die Zulassung als Vertragsarzt oder -psychotherapeut in eigener Praxis ist nur in solchen Regionen möglich, die nicht wegen ärztlicher Überversorgung gesperrt sind. Ob ein Bereich „offen“ oder „gesperrt“ für neue Niederlassungen ist, kann einem Bedarfsplan, aufgestellt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, für die jeweilige Region entnommen werden. Abbildung 15 zeigt exemplarisch den Versorgungsgrad der Hausärzte in Mainfranken. In „gesperrten“ Gebieten, die als überversorgt eingestuft sind, können sich Ärzte und Psychotherapeuten nur niederlassen, wenn sie die Praxis eines Vorgängers übernehmen oder im jobsharing tätig werden wollen. Entscheidend ist das Verhältnis von Einwohnern zu niedergelassenen Ärzten, aus dem das Optimum der Versorgung errechnet wird. Die Grenze zur Über- oder Unterversorgung ist die Überschreitung des Optimums um 10 Prozent. D.h. für die Region Mainfranken im konkreten Fall, dass die Stadt und der Landkreis Schweinfurt an einer merklichen Unterversorgung an niedergelassenen Hausärzten leiden und für die Stadt Würzburg quasi eine Überversorgung gilt. Entsprechend können diese Karten für alle Fachärztlichen Bereiche im Internet abgerufen werden. Die einzigen weiteren offenen Planungsbereiche, die sich aus der Recherche über die KVB ergeben, sind zum einen die Hals-Nasen-Ohren-Ärzte im Landkreis Haßberge mit 88,9 Prozent sowie die Hautärzte im gleichen Landkreis mit 70,6 Prozent. Aktuell kann man insgesamt noch von einer guten bis sehr guten Ärztlichen Versorgung in Mainfranken sprechen (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2011 a & Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011 b).

Die KVB organisiert über die genannten Maßnahmen hinaus eine Reihe von Seminaren zu Themen der Praxisgründung und Praxisabgabe, beispielsweise so genannte Existenzgründertage oder Seminare für Ärztinnen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010 b). Eine Möglichkeit, wie man von Gemeinde Seite der drohenden medizinischen Unterversorgung in ländlicheren Gebieten Mainfrankens entgegenwirken kann, ist die Vorgehensweise der knapp 1.700 Einwohner zählenden Gemeinde Retzstadt aus dem Landkreis Main-Spessart. Bereits seit 1998 existiert kein ortsansässiger Arzt mehr in der Gemeinde. Seit 2008 existiert jedoch eine Art „Praxisfiliale“ in den Räumlichkeiten der Gemeinde. Auf diese Weise ist die dringend notwendige medizinische Grundversorgung gesichert, die es insbesondere der weniger mobilen älteren Bevölkerung ermöglicht zweimal wöchentlich einen direkten medizinischen Ansprechpartner am Wohnort anzutreffen (Mainpost 2011 a). Dieses Beispiel zeigt, dass das Zusammenlegen bzw. Teilen von personellen und räumlichen Ressourcen in diesem Falle ein erfolversprechendes Modell für die Zukunft sein könnte.

5. Strukturen und Voraussetzungen für die Vernetzung schaffen

Ein wichtiger Punkt, der aus den Anregungen und Verbesserungsvorschlägen des Fragebogens hervorgeht, betrifft das Thema der besseren Vernetzung bzw. Kommunikation der Akteure untereinander (siehe Tabelle 16). 20 Prozent der Befragten haben dieses Ziel als konkreten Wunsch geäußert. Grundsätzlich ist Vernetzung gleichermaßen als Prozess und Ergebnis zu sehen. Es gibt folglich kein endgültig zu erreichendes Ziel, sondern der Prozess der Vernetzung impliziert ein ständiges Optimieren von organisatorischen Abläufen (Rüegg-Stürm 2009, 207).

In einer Fortschreibung des Regionalplans legte der Planungsausschuss des Regionalen Planungsverbandes Würzburg in seinem Beschluss vom 25. Mai 2009 fest, die Kooperationen im Gesundheitswesen auszubauen (Zitat siehe Kapitel III.5.3). Kooperationen, die die ganze Region Mainfranken betreffen, gestalten sich als schwierig, weil jeder Kooperationspartner in erster Linie auf den Erhalt und Ausbau der eigenen Stärken und Vorteile bedacht ist.

Eine erfolgreiche Vernetzung der Akteure zeigt sich in verlässlichen Kooperationsmustern in Verbindung mit geringen Transaktionskosten. Auf diese Weise können Innovationspotentiale entstehen und die Ziele, die sowohl in einer Qualitätsverbesserung, als auch in einer Effizienzsteigerung in der Versorgung liegen, erreicht werden (Rüegg-Stürm 2009, 185).

Ein Vorbild hinsichtlich der Erschaffung einer Kommunikationsplattform für Akteure der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken könnte die vom Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Verkehr und Technologie initiierte „Clusteroffensive Bayern“ sein. Ziel der Initiative ist die Wettbewerbsfähigkeit der bayerischen Unternehmen in 19 Schlüsselbranchen, unter anderem in dem Bereich Medizintechnik, zu verbessern. Erreicht werden soll dieses Ziel mittels landesweit tätigen Clusterplattformen, die den Unternehmen und Forschungseinrichtungen die Kommunikation untereinander erleichtern sollen. Besonderen Wert legt die Cluster-Offensive auf die Vernetzung des Mittelstands. Anders als Großunternehmen fehlen kleineren Unternehmen vielfach die Möglichkeiten, geeignete Kooperationspartner und Forschungseinrichtungen ausfindig zu machen oder darüber hinaus gar Innovationen in Eigenregie im täglichen Geschäft umzusetzen (Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Verkehr und Technologie 2011).

Eine Möglichkeit der Forderung nach verbesserter Außerdarstellung der Gesundheitswirtschaft nachzukommen, könnte die Einführung eines Gesund-

heitsatlasses für die Region sein, mit Informationsmaterial über sämtliche medizinische Einrichtungen und den niedergelassenen Ärzten in Mainfranken.

Das Thema der Vernetzung von wirtschaftlichen Unternehmen und wissenschaftlichen Einrichtungen ist auch ein wichtiger Punkt, dem sich vor allem auch die regionalen Gründerzentren angenommen haben.

Ein weiterer thematischer Schwerpunktbereich, den man als Anknüpfungspunkt für Kooperationen auf Mainfränkischer Ebene sehen kann ist der Bereich Ambient Assisted Living oder übersetzt „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben (AAL)“ Dieser Bereich impliziert Methoden, Konzepte, (elektronische) Systeme, Produkte sowie Dienstleistungen, welche das alltägliche Leben älterer und auch benachteiligter Menschen unterstützen (Ambient Assisted Living Deutschland 2011).

Dass Vernetzungen auch Schwierigkeiten und Probleme mit sich bringen können, soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Grundsätzlich wird von allen Beteiligten ein hohes Maß an Koordination verlangt. Hinzu kommt eine erhöhte Arbeitsbelastung und in manchen Fällen das Verteidigen des eigenen Standes oder das Ablegen einer Rechenschaft gegenüber den Kooperationspartnern. Um diesen Problemen zu begegnen ist es zu Beginn einer Kooperation durchaus sinnvoll, zunächst einzelne zeitlich begrenzte Projekte in Angriff zu nehmen und damit einen Lernprozess einzuleiten. Ähnlich wie es bei dem Beispiel der angewandten Telemedizin praktiziert wurde, sollte im Anschluss auch Raum für Evaluation geschaffen werden (Rüegg-Stürm 2009, 205). Die Notwendigkeit der Vernetzung ergibt sich aus den Tendenzen der Ausdifferenzierung in der Medizin gleichermaßen in technischer, wissenschaftlicher und ökonomischer Hinsicht. Einige Experten gehen davon aus, dass die engere Vernetzung die einzige Möglichkeit ist, diesen Entwicklungen adäquat zu begegnen (Schubert 2009, 45).

Vornehmlich wird sich die Problematik in den ländlichen Gebieten bemerkbar machen und hier gilt es auch den Hebel anzusetzen, wenn es um die Verbesserung der Situation gehen soll. Alle Akteure sollten an einen Tisch gebracht werden, denn nur mit einer verstärkten Ansiedlungspolitik wird sich auf längere Sicht wahrscheinlich kein Erfolg einstellen. In erster Linie sind hier auch die Kommunen gefragt, das gesamte Umfeld möglichst attraktiv zu gestalten und die Lebensqualität in den ländlichen Gebieten zu erhöhen.

Es hat sich gezeigt, dass es viele Bereiche der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken gibt, die sich durch einen hohen Grad an Spezialisierung und Ausdifferenzierung kennzeichnen. Mit einer zunehmenden Ausdifferenzierung der Stär-

ken wächst in gleichem Maße die Notwendigkeit der Integration und Kooperation (Rüegg-Stürm 2009, 181).

6. Fachkräftemangel aktiv begegnen

Ein weiterer Handlungsschwerpunkt ergibt sich aus dem drohenden Fachkräftemangel, der über den Mangel an niedergelassenen Ärzten (siehe Kapitel II.4) hinausgeht und vor allem den Pflegesektor betrifft.

Laut einer Umfrage des Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) geben 90 Prozent der Medizintechnologieunternehmen an, Probleme in der Besetzung von hochqualifizierten Fachkräften, beispielsweise für Ingenieure, zu haben (Henke 2011, 256). Der sich abzeichnende Fachkräftemangel gefährdet nachhaltig die Innovationskraft und letzten Endes auch den Wirtschaftsstandort Mainfranken.

Zur Lösung des Fachkräfteproblems sind mehrere Ansätze denkbar. Ein zentraler Punkt ist die Ausbildung und Rekrutierung von Fachkräften in der Region. Idealerweise ist die Region in Zukunft in der Lage die fehlenden Kräfte im Pflege- und Hausärztlichen Bereich an Institutionen in Mainfranken selbst zu generieren. Auf Dauer sollten auch Umschulungsprogramme von älteren Menschen, die wieder ins Berufsleben einsteigen wollen attraktiver und einfacher gestaltet werden.

Der Altenpflegeberuf beispielsweise ist hierfür bestens geeignet. Er bietet Frauen wie Männern, die nach dem aktiven Familienleben wieder in den Beruf einsteigen wollen, ideale Voraussetzungen. „Die Umschüler können im Rahmen einer dreijährigen Ausbildung einen Beruf erlernen, von dem wir heute schon sagen können, der wird morgen mehr denn je gebraucht werden“, so die überzeugende Meinung des Geschäftsführers des bpa Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) 2010).

Als Folge der privatwirtschaftlichen Orientierung des Gesundheitsmarktes werden sich in Zukunft auch neue Berufsfelder, vornehmlich im „zweiten Gesundheitsmarkt“, auftun und bisher weniger lukrative Berufe in den Vordergrund drängen. Vor allem Wellness-Berufe oder der Beruf des Physiotherapeuten werden in Zukunft großen Zuwachs erfahren. Durch die Erweiterung bestehender Arbeitsbereiche, in Verbindung mit der Tendenz hin zu neuen Berufsfeldern, untermauert die Gesundheitswirtschaft ihren Ruf als Zukunftsbranche (Henke 2011, 259 f.).

Gerade in Anbetracht der geschilderten demographischen Veränderungen in Mainfranken ist die rechtzeitige Rekrutierung und Anwerbung von Pflegekräften für die wachsende Gruppe pflegebedürftiger älterer Menschen unabdingbar. Dieses Problem wird nicht nur auf Mainfranken zukommen, sondern deutschlandweite Brisanz entwickeln. An diesem Punkt sollten die Verantwortlichen versuchen mit innovativen Pflegemodellen dem drohenden Fachkräftemangel zu begegnen und den Dialog mit anderen Regionen suchen.

V. Zusammenfassung

Die vorliegende Analyse hat gezeigt, dass sich die Gesundheitswirtschaft in Mainfranken sowohl durch räumliche, als auch durch thematisch abgegrenzte Schwerpunkte auszeichnet. Räumlich sind in erster Linie der Raum Würzburg, die Landkreise Bad Kissingen bzw. Rhön-Grabfeld und in etwas geringerem Maße die Stadt Schweinfurt zu nennen, die sich durch unterschiedliche Stärken in wesentlichen Punkten voneinander unterscheiden. Der Raum Würzburg wird eindeutig von der Universitätsklinik und der ansässigen Spitzenmedizin und Forschungslandschaft geprägt, während die Landkreise im Norden Mainfrankens vom Reha- und Kurwesen dominiert werden. Die Gesundheitswirtschaft auf mainfränkischer Ebene sollte nicht auf eine Stärke reduziert werden. Vielmehr liegen die Potentiale in der Vielfalt und Kombination der Einzelstärken. Um im interregionalen Wettbewerb als Gesundheitsregion wahrgenommen zu werden ist die Vernetzung der angesprochenen Teilregionen in Mainfranken ein erstrebenswertes Ziel. Mit dem Erfolg der Kooperation Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön beim Bundeswettbewerb der Gesundheitsregionen hat die Region bewiesen, dass sie dazu in der Lage ist. Für die Zukunft gilt es, aufbauend auf den Erfahrungen dieser Kooperation, an den angegangenen Projekten und thematischen Schwerpunkten gegebenenfalls in einem anderen organisatorischen Rahmen weiterzuarbeiten bzw. auch möglicherweise neue Themenfelder für eine Kooperation zu erschließen. Die unterschiedlichen demographischen Bevölkerungsstrukturen, die in Mainfranken vertreten sind, bieten ein ideales Feld für die unterschiedlichsten gesundheitlichen Pilotprojekte. Die bereits geleistete Arbeit im Rahmen dieses Kooperationsprojektes sollte als Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Regionen, im Sinne erster Praxiserfahrungen im Austausch der einzelnen Akteure, gesehen werden.

Das Potential und die Chancen, die allgemein in der Gesundheitswirtschaft liegen, sind offenkundig und viele Regionen werden versuchen, mit ihren jeweiligen Programmen und Leitbildern, sich am Markt durchzusetzen. Vernetzung, Kommunikation und Kooperation sind entscheidende Begriffe in diesem Zusammenhang für die Region Mainfranken. Die Gesundheitsbranche ist zwar ein sensibler Markt mit hohem staatlichem Einfluss, bei dem es häufig auch durch politische Entscheidungen zu Veränderungen und neuen Rahmenbedingungen kommt. Nichts desto trotz sollte eine Zusammenarbeit nicht an dem Drang der einzelnen Akteure nur die eigenen Interessen durchzusetzen scheitern. Um für die Zukunft gut aufgestellt zu sein, sollte sich die Region Mainfranken auf dem

Gesundheitsmarkt positionieren und ihre besonderen Stärken herausstellen. Das vorrangige Ziel der Region sollte es sein zunächst die gesundheitswirtschaftlichen Kompetenzen transparent darzustellen. In einem weiteren Schritt sollten Ideen und Konzepte erarbeitet werden, die es jetzt gilt weiterzuentwickeln und nach innen wie außen zu profilieren bzw. einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen (Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V. 2011). Gerade in den kommenden Jahren werden sich die Anforderungen an die medizinische Versorgung in Mainfranken grundlegend wandeln. Eine wichtige Veränderung ist die steigende Anzahl chronisch kranker Patienten, deren Gesundheit mit Methoden der Telemedizin überwacht werden könnte. Hier ergeben sich Chancen für das „Zentrum für Telemedizin“ Projekte und neue technische Hilfestellungen zu entwickeln. Wichtig ist, sich den ergebenden Veränderungen zu stellen und innovativ zu bleiben, mit dem Mut gänzlich neue Wege auch im Bereich der Vernetzung und Kooperation einzuschlagen bzw. neue Organisationsstrukturen auch über die bisherigen sektoralen Grenzen hinweg einzugehen. Eine Region, die die Veränderungen auf dem Gesundheitsmarkt frühzeitig erkennt, kann potentiell eine Vorreiterrolle für andere Regionen in Deutschland übernehmen. Eine zentrale gesundheitswirtschaftliche Kompetenz im Unternehmensbereich in Mainfranken ist die Biotechnologiebranche. In Kapitel IV.1 sind die enormen Wachstumschancen dieses Wirtschaftsbereiches erläutert und in Verbindung mit dem ausgeprägten biomedizinischen Forschungsschwerpunkt der Universitätsklinik Würzburg ergeben sich hier weitere wirtschaftliche Wachstumspotentiale für die Region. Engpässe in der Gesundheitsversorgung der ländlichen Gebiete in Mainfranken, der Fachkräftemangel und die weiteren aufgezeigten technischen und gesellschaftlichen Veränderungen im Zusammenhang mit der Gesundheitswirtschaft, erfordern von allen beteiligten Entscheidungsträgern ein hohes Maß an Innovationsbereitschaft und auch Entschlossenheit, neue medizinische Techniken oder Versorgungs- und Geschäftsmodelle einzuführen. Die einzelnen Akteure sollten den neuen Herausforderungen und andauernden Veränderungen im Gesundheitssystem ihrerseits mit zukunftsorientierten Maßnahmenpaketen begegnen.

Verflechtungen zwischen Kernbereich und erweitertem Bereich der Gesundheitswirtschaft sollten gestärkt werden und der Netzwerkgedanke im Gesundheitssektor innerhalb der Region Mainfranken vorangetrieben werden, denn eine dynamische und zukunftsweisende Weiterentwicklung der mainfränkischen Gesundheitswirtschaft kann nur gemeinsam mit dem Engagement aller beteiligten Akteure gelingen.

Anhang

I. Fragebogen Nr. 1 (Gesamtbefragung)

Erhebungsbogen Gesundheitswirtschaft

1. Ihr Unternehmen ist ein(e):

- Einzelbetrieb Filiale GmbH GmbH & Co.KG
 GbR gGmbH Sonstiges _____

2. Überwiegender Tätigkeitsbereich:

- lokal regional national europaweit global
(Stadt/Landkreis) (Mainfranken)

3. Sie betreiben das Geschäft seit _____ (in Jahren) an diesem Standort.

4. Was sind für Ihren Betrieb die 3 wichtigsten Standortvorteile?

1. _____

2. _____

3. _____

5. Was sind für Ihren Betrieb die 3 größten Standortnachteile?

1. _____

2. _____

3. _____

6. Ihr Jahresumsatz lag 2010 bei:

- < 100.000 Euro 250.000–500.000 Euro 1–5 Mio. Euro
 100.000–250.000 Euro 500.000–1 Mio. Euro > 5 Mio. Euro

7. Anzahl der Mitarbeiter? Vollzeit _____ Teilzeit _____
8. Haben Sie seit dem 01.01.2010 Mitarbeiter eingestellt?
 Ja und zwar _____ Mitarbeiter Nein Weiß nicht
 Mit folgender Qualifikation (Mehrfachnennung möglich):
 Ohne allgem. Schulabschluss Fachhochschul-/Hochschulabschluss
 Volks-/Hauptschulabschluss Promotion
 Mittlere Reife Sonstige Abschlüsse _____
 Allgemeine Hochschulreife
9. Planen Sie, bis Ende 2012 weitere Mitarbeiter einzustellen?
 Ja und zwar _____ Mitarbeiter Nein Weiß nicht
 Mit folgender Qualifikation (Mehrfachnennung möglich):
 Ohne allgem. Schulabschluss Fachhochschul-/Hochschulabschluss
 Volks-/Hauptschulabschluss Promotion
 Mittlere Reife Sonstige Abschlüsse _____
 Allgemeine Hochschulreife
10. Haben Sie seit dem 01.01.2010 Investitionen in Ihren Betrieb getätigt?
 Ja Nein k.A.
11. Planen Sie bis Ende 2012 weitere Investitionen?
 Ja Nein k.A.
12. Wie beurteilen Sie die wirtschaftliche Entwicklung Ihres Betriebes
 in den nächsten 3 Jahren?
 positiv gleich bleibend negativ
13. Arbeiten Sie mit anderen Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (auch
 aus anderen Landkreisen) zusammen?
 Ja, mit folgenden Einrichtungen Nein Weiß nicht
 (die 3 Wichtigsten)

1. _____

2. _____

3. _____

14. Arbeiten Sie mit einer der folgenden Institutionen zusammen (Mehrfachnennung möglich)?

- Region Mainfranken GmbH MainArzt GmbH & Co.KG
 Lungenkrebs-Netzwerk Rhön-Mainfranken
 Ärztenetzwerk Mainfranken e.G. Herzinfarktnetzwerk Mainfranken
 Sonstige Institutionen

1. _____

2. _____

3. _____

- Nein, ich arbeite mit keiner Institution zusammen

15. Wenn ja, was könnte man an der Zusammenarbeit verbessern (Bitte tragen Sie zuerst die Institution ein, mit der Sie zusammenarbeiten, dann Ihre jeweiligen Verbesserungsvorschläge)?

1. Institution: _____

Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit:

2. Institution: _____

Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit:

3. Institution: _____

Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit:

16. In welchen Bereichen sehen Sie die Stärken des Gesundheitssektors in Mainfranken?

17. In welchen Bereichen sehen Sie noch Entwicklungsbedarf des Gesundheitssektors in Mainfranken?

18. Was könnte man Ihrer Meinung nach konkret verbessern (Vorschläge, Maßnahmen)?

19. Raum für weitere Anmerkungen

20. Dürfen wir Sie für ein weiterführendes Gespräch gegebenenfalls erneut kontaktieren?

Ja

Nein

II. Fragebogen Nr. 2 (Expertenbefragung und Qualitative Interviews)

Expertenfragebogen Gesundheitswirtschaft

1. Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach die Gesundheitswirtschaft innerhalb der Wirtschaftsstruktur Mainfrankens?

2. Wo sehen Sie die Stärken/Schwächen der Gesundheitswirtschaft in Mainfranken?

3. In welchen medizinischen oder gesundheitlichen Bereichen sehen Sie Chancen überregional Beachtung zu finden?

4. Beim Wettbewerb des Bundesministeriums für Bildung und Forschung 2008 zu „Gesundheitsregionen der Zukunft“ hat es die Region Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön unter die ersten 20 geschafft (ehemals 85 Bewerber). Sehen Sie noch weitere Angriffspunkte für eine Intraregionale Zusammenarbeit, bzw. sollte man die bestehende Kooperation ausbauen oder ein neues Konzept in Angriff nehmen?

5. Sollten die Landkreise ihre Stärken individuell vermarkten (z.B. Bad Kissingen → Kurwesen, Würzburg → Uniklinik) oder ist es Ihrer Meinung nach sinnvoller eine Mainfrankenweite Kooperation zu initiieren?

6. Die Gesundheitswirtschaft zeichnet sich durch eine Vielzahl an Akteuren aus. Aus den Antworten des Fragebogens geht hervor, dass sich viele eine bessere Vernetzung untereinander wünschen. Wie kann man das erreichen Ihrer Meinung nach?

7. Viele niedergelassene Ärzte gehen in den kommenden Jahren in den Ruhestand. In den nächsten Jahren werden in der Region 100 bis 150 Hausärzte fehlen. Vor allem ländliche Gebiete in Mainfranken sind betroffen. Sehen Sie eine drohende med. Unterversorgung im ländlichen Mainfranken? Welche Gegenmaßnahmen könnte man ergreifen?

8. Wie sehen Sie die Rolle der Universitätsklinik Würzburg für die Region?

9. Wie kann man eine bessere Vernetzung Wissenschaft/Wirtschaft erreichen?

10. Wie stehen Sie zu einer zentralen Plattform für alle Akteure zum gegenseitigen Austausch von Informationen? Umsetzbarkeit, Probleme?

11. Weitere Anmerkungen:

Literatur

- Afentakis, Anja & Karin Böhm (2009): Beschäftigte im Gesundheitswesen. (= Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 46), Berlin.
- Ambient Assisted Living Deutschland (2011): Homepage von „Ambient Assisted Living Deutschland“. Innovationen für ein selbstbestimmtes Leben – Technik für ein selbstbestimmtes Leben. Abrufbar unter: <http://www.aal-deutschland.de/> (letzter Zugriff am 27.01.2012).
- Amelung, Volker E. & Harald Schumacher (2000): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 2. Auflage. Wiesbaden.
- Ärztinnen- und Ärztenetzwerk Mainfranken e.G. (2011): Homepage des Ärztenetzwerkes Mainfranken e.G.. Abrufbar unter: <http://aerztenetzwerk-mainfranken.de/genossenschaft/ziele.html> (letzter Zugriff am 24.01.2012).
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2010): Ergebnisse der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am Arbeitsort (Anzahl). Abrufbar unter: <https://www.statistikdaten.bayern.de/> (letzter Zugriff am 26.01.2012).
- Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Verkehr und Technologie (2011): Homepage der Cluster Offensive Bayern. Cluster-Offensive Bayern – Vernetzung in 19 Kompetenzfeldern. Abrufbar unter: <http://www.cluster-bayern.de/cluster/> (letzter Zugriff am 27.01.2012).
- Bähr, Jürgen (2004): Bevölkerungsgeographie. (= UTB für Wissenschaft), 4. Auflage. Paderborn.
- Behrend, Rainer (2011): Gesundheitswirtschaft und demographischer Wandel. Perspektiven für den IHK-Bezirk Frankfurt am Main, Frankfurt am Main.
- Berg, Christiane (2011): Gesundheitswirtschaft. Zwischen Boom und rauer Wirklichkeit. In: Pharmazeutische Zeitung Online, Ausgabe 36/2011. Abrufbar unter: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=39219&type=0> (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Berg, Waldemar (2008): Gesundheitstourismus und Wellness-tourismus. München
- Bertelsmann Stiftung (2011): Homepage der Bertelsmann Stiftung. Daten, Indikatoren, kommunale Informationen. Abrufbar unter: <http://www.wegweiser-kommune.de/themenkonzepte/demographie/daten/KommunaleDaten.action?redirect=false> (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2007): Arbeitsmarktberichterstattung: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung und Erwerbstätigkeit – Entwicklung und Struktur 2000–2007. Nürnberg.

- Bundesagentur für Arbeit (2011): Präsentation zur monatlichen Pressekonferenz zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland (September 2011). Abrufbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Monatsbericht-Arbeits-Ausbildungsmarkt-Deutschland/Grafiken-zum-Monatsbericht/Generische-Publikationen/Grafiken-Monatsbericht-201109.pdf> (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Bundesärztekammer (2009): Statement von Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, zur Pressekonferenz „Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land!“ Abrufbar unter: <http://www.arzt.de/page.asp?his=0.5.1160.7125> (letzter Zugriff am 26.01.2012).
- Bundesärzteordnung (BÄO) (2011): Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2010): Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön. Plakat der Region zum Hauptstadtkongress 2010. Abrufbar unter: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/14_HKS_GR_Wuerzburg.pdf (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2011): Homepage des BMBF. Gesundheitsregionen. Abrufbar unter: <http://www.bmbf.de/de/12547.php> (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010): Pressemitteilung zum Zukunftskongress Gesundheitswirtschaft: Zahlen und Fakten. Abrufbar unter: http://www.gesundheitspolitik.net/01_gesundheitssystem/statistik/gesundheitswesen/Gesundheitswirtschaft-Zahlen-Fakten-BMG-v1004.pdf (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2011): Homepage des BMG. Gesundheitswirtschaft als Jobmotor. Abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-als-jobmotor.html> (letzter Zugriff am 08.08.2012).
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (Hrsg.) (2011): Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft – Auswirkungen auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung. Dokumentation. München.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) (2010): Pressemitteilung Nr 35/10 vom 24. Dezember 2010. Abrufbar unter: http://www.bpa.de/upload/public/doc/35_10_Beschaeftigungschancengesetz_Bundesrat.pdf (letzter Zugriff am 26.01.2012).

- Dörpinghaus, Sandra/Hilbert, Josef (2010): Medical Wellness im Alter – Schubkraft für die Gesundheitswirtschaft? In: Heinze, Rolf G./Naegele, Gerhard (Hrsg.): EinBlick in die Zukunft – gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet. Berlin: LIT-Verl., S. 247–268.
- Deutsche Gefäßeliga e.V. (2011): Homepage der Deutschen Gefäßeliga e.V. Abrufbar unter: <http://www.deutsche-gefaessliga.de/> (letzter Zugriff am 31.01.2012).
- Ebel, Bernd (2009): Cluster in der Gesundheitswirtschaft und deren Vernetzung. In: Zacharias, Christoph; ter Horst, Klaus W.; Witt, Kurt-Ullrich et al. (Hrsg.): Forschungsspitzen und Spitzenforschung. Innovationen an der Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg. Festschrift für Wulf Fischer. Heidelberg: 207–218.
- Evans, Michaela/Hilbert, Josef/Kremer, Uwe (2011): Metropole Ruhr – eine Gesundheitsregion auf dem Sprung! In: Kiessler, Eva-Maria (Red.): Metropole Ruhr – Raum für Zukunft. 2., völlig neue Ausg. Oldenburg: Verl. Kommunikation & Wirtschaft, S. 143–155.
- Gesunde Städte Netzwerk der BRD (2011): Homepage des Gesunde Städte Netzwerk der BRD. Abrufbar unter: <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/> (letzter Zugriff am 26.01.2012).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2010): Tabelle Krankheitskosten je Einwohner in Euro. Abrufbar unter: http://www.gbe-bund.de/oo-wa921-install/servlet/oo-wa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&tp_aid=3&tp_aid=61683989&nummer=557&tp_sprache=D&tp_indsp=-&tp_aid=73714508 (letzter Zugriff am 30.01.2012).
- Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön AG (2011): Homepage der Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön AG. Abrufbar unter: <http://www.gesundheitskompetenzregion.de/start/ueber-diegesundheitsregion/31550.Inhalte.html> (letzter Zugriff am 25.01.2012)
- Goldschmidt, Andreas J.W./Hilbert, Josef (Hrsg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: Die Zukunftsbranche. Stuttgart.
- Golsch, Uwe (2009): Beschluss des Planungsausschusses des Regionalen Planungsverbandes Würzburg am 25. Mai 2009 in Karlstadt zur Fortschreibung des Regionalplans. Abrufbar unter: http://www.regierung.unterfranken.bayern.de/imperia/md/content/regufr/wirtschaftundverkehr/rp2-fortschreibungen/r2_b06_soziale_und_kulturelle_infrastruktur_20100525_text_gem_beschluss.pdf.

- Granig, Peter & Leo A. Nefiodow (Hrsg.) (2011): Gesundheitswirtschaft – Wachstumsmotor im 21. Jahrhundert. mit „gesunden“ Innovationen neue Wege aus der Krise gehen. Wiesbaden.
- Hajen, Leonard; Paetow, Holger & Harald Schumacher (2011): Gesundheitsökonomie. Strukturen-Methoden-Praxisbeispiele. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart.
- Heineberg, Heinz (2007): Einführung in die Anthropogeographie/Humangeographie (= UTB für Wissenschaft), 3. Auflage. Paderborn.
- Henke, Klaus-Dirk & Lutz Reimers (2007): Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben. In: Ulrich, Volker & Walter Ried (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden: 735–754.
- Henke, Klaus-Dirk; Troppens Sabine; Braeseke Grit et al. (2011): Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. Innovationen, Branchenverflechtung, Arbeitsmarkt. (= Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Band 33), Baden-Baden.
- Henrich, Anke (2011): Gesundheitswirtschaft. Neue Ideen für eine kranke Branche. Artikel der WirtschaftsWoche Online vom 26.08.2011. Abrufbar unter: <http://www.wiwo.de/unternehmen-maerkte/neue-ideen-fuer-eine-krankbranche-478016/> (letzter Zugriff am 24.01.2012).
- Hessinger, Philipp (2009): Soziale Konstruktion von Märkten und integrierte Versorgung – Realitätskonflikte in der aktuellen Reorganisation des Gesundheitswesens. In: Amelung, Volker E.; Sydow, Jörg & Arnold Windeler (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: 51–74.
- Hilbert, Josef; Fretschner, Rainer & Alexandra Dülberg (2002): Manuskript zu Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Gelsenkirchen.
- Hilbert, Josef; Dahlbeck, Elke & Peter Enste (2008): „Zukunftsmotor Gesundheitswirtschaft – ein Paradigmenwechsel von unten?“ – In: Bogedan, Claudia; Müller-Schoell, Till & Astrid Ziegler (Hrsg.): Demographischer Wandel als Chance. Erneuerung gesellschaftlicher Solidaritätsbeziehungen? Hamburg: 62–81.
- Holste, Sibylle (2010): Die Vernetzung der Region Mainfranken mit den benachbarten Metropolregionen (= Berichte des Zentrums für Regionalforschung, Band 2), Mannheim.

- Industrie- und Handelskammer Ostwürttemberg (Hrsg.) (2010): Unternehmen Gesundheit. Marktdaten – Macher – Menschen. Dischingen.
- Innovations- und Gründerzentrum Würzburg (IGZ) (2011): Homepage des IGZ. Abrufbar unter: <http://www.igz.wuerzburg.de/igz/zentrum/ueberblick/index.html> (letzter Zugriff am 26.01.2012).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2010 a): Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 2006–2010. Abrufbar unter: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=4d55e10211897f86ca86dfa9b8224364&DocId=003764489&Page=1> (letzter Zugriff am 12.01.2012).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010 a): Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ärztemangel. Abrufbar unter: <http://www.kbv.de/veranstaltungen/37305.html> (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2011 a): Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Zulassung – Sonstige Voraussetzungen. Abrufbar unter: <http://www.kvb.de/praxis/praxisfuehrung/zulassung/zulassungsverfahren/sonstige-voraussetzungen/> (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2011 b): Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Onlinedienst: Niederlassungssuche. Abrufbar unter: <http://www.kvb.de/praxis/online-angebote/niederlassungssuche/> (letzter Zugriff am 31.01.2012).
- Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. 5. Auflage. Berlin.
- Löffler, Katja (2008): Warum steigen die Gesundheitsausgaben? In: Das PTA Magazin, Ausgabe 07/2008: 50–51.
- Mainpost (2008): Immer noch bekanntester Kurort. Nach Emnids aktueller Untersuchung. Artikel aus der Mainpost vom 20. Mai 2008.
- Mainpost (2010 a): Leider verloren: Bäderland nicht unter den Ersten. Enttäuschung über den Ausgang des Wettbewerbs der Gesundheitsregionen. Artikel aus der Mainpost vom 06. Mai 2010.
- Mainpost (2010 b): Konzeption für Gesundheits-Netzwerk. Landkreise Bad Kissingen und Rhön-Grabfeld bauen auf Leader-Projekt. Artikel aus der Mainpost vom 11. Oktober 2010.
- Mainpost (2010 c): GmbH für Standort Mainfranken. Landräte und OB unterzeichneten Vertrag – Nachfolge der „Chancenregion“. Artikel aus der Mainpost vom 25. Oktober 2010.

- Mainpost (2011 a): Auslaufmodell Landarzt. In vielen Gemeinden fehlen Allgemeinmediziner – Politik arbeitet am Versorgungsnetz. Artikel aus der Mainpost vom 07. April 2011.
- Mainpost (2011 b): Studenten in der Deegenbergklinik. Unbefristeter Vertrag mit Würzburger Uni läuft seit 1. Februar. Artikel aus der Mainpost vom 16. Mai 2011.
- Mainpost (2011 c): Die ersten Kissinger Studenten. Berufsbegleitender Studiengang MBA Gesundheitsmanagement offiziell gestartet. Artikel aus der Mainpost vom 21. Oktober 2011.
- Mainpost (2011 d): Die Altenpflege braucht Hilfe. Schulgeld für Auszubildende macht Ärger. Artikel aus der Mainpost vom 17. November 2011.
- Mainpost (2011 e): Chancen in der Altenpflege. Kommunalunternehmen wirbt Nachwuchskräfte. Artikel aus der Mainpost vom 28. November 2011.
- Mainpost (2012): Dänisch: Vorsorgen ist besser. Eigenverantwortung der Menschen für ihre Gesundheit wird eine immer größere Rolle spielen. Artikel aus der Mainpost vom 12. Januar 2012.
- Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V. (2011): Homepage „Netzwerke Deutsche Gesundheitsregionen e.V.“. Abrufbar unter: <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/> (letzter Zugriff am 25.01.2012)
- Neumann, Karsten (2009): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des BMWi – Kurzfassung des Abschlussberichts 16. November 2009. Abrufbar unter: <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/Studien/satellitenkonto-gesundheitswirtschaft-kurzfassung-abschlussbericht,property=pdf,bereich=bmwi,sprache=de,rwb=true.pdf> (letzter Zugriff am 25.01.2011).
- Niejahr, Elisabeth (2000): Der Markt des Lebens. In: Die Zeit Online. Abrufbar unter: http://www.zeit.de/2000/50/Der_Markt_des_Lebens (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Prognos AG (Hrsg.) (2009): Zukunftsatlas Branchen 2009. Berlin.
- Prognos AG (Hrsg.) (2010): Prognos Zukunftsatlas 2010 – Deutschlands Regionen im Zukunftswettbewerb. Berlin.
- Regierung von Unterfranken (2011 a): Homepage der Regierung von Unterfranken. Regionalmarketing: Region Mainfranken GmbH. Abrufbar unter: http://www.regierung.unterfranken.bayern.de/unsere_aufgaben/3/6/17510/index.html (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Regierung von Unterfranken (2011 b): Homepage der Regierung von Unterfranken. Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön AG.

- Abrufbar unter: <http://www.regierung.unterfranken.bayern.de/ikz/20405/index.html> (letzter Zugriff am 25.01.2012).
- Rüegg-Stürm, Johannes; Tuckermann Harald; Bucher, Silke et al. (2009): Management komplexer Wertschöpfungsprozesse im Gesundheitswesen: Vernetzung beginnt in der Organisation. In: Amelung, Volker E.; Sydow, Jörg & Arnold Windeler (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: 181–209.
- Schubert, Cornelius & Werner Vogd (2009): Die Organisation der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie. In: Amelung, Volker E.; Sydow, Jörg & Arnold Windeler (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: 25–49.
- Sell, Stefan (2005): Die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. Märkte, Technologien und Finanzierungssysteme. Gutachten der Friedrich Ebert Stiftung. Bonn.
- Sozialgesetzbuch (SGB) (2011): Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung.
- Stadt Würzburg (2012): Gesunde Städte Netzwerk. Abrufbar unter: http://www.wuerzburg.de/de/gesundheit-soziales/gesundheitsfoerderung/32980.Gesunde_StAedte_Netzwerk.html (letzter Zugriff am 26.01.2012).
- Statistisches Bundesamt (2008): Erläuterungen zur Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 – Endgültige Fassung, Stand 27.08.2008. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009 a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010): Homepage des Statistischen Bundesamtes. Todesursachen. 2010: Herz-/Kreislaufkrankungen verursachen 41 Prozent aller Todesfälle. Abrufbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Todesursachen/Aktuell,templateId=renderPrint.psml> (letzter Zugriff am 31.01.2012).
- Statistisches Bundesamt (2011 a): Gesundheitsausgaben steigen 2009 um 5,2 Prozent auf 278,3 Milliarden Euro. Pressemitteilung Nr.135 vom 06. April 2011. Abrufbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2011/04/PD11__135__23611,templateId=renderPrint.psml (letzter Zugriff am 25.01.2012).

- Statistisches Bundesamt (2011 b): Gesundheitsausgaben in Mio. Euro. Abrufbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&tp_aid=3&tp_aid=36213651&tnummer=322&tp_sprache=D&tp_indsp=-&tp_aid=358138 (letzter Zugriff am 15.10.2011).
- Universitätsklinikum Würzburg (2009): Homepage des Universitätsklinikums Würzburg. Das moderne Gesundheitszentrum ZOM/ZIM. Abrufbar unter: <http://www.uk-wuerzburg.de/?id=1163> (letzter Zugriff am 30.12.2012).
- Universitätsklinikum Würzburg (2010 a): Homepage des Universitätsklinikums Würzburg. Herzinfarktnetz Mainfranken. Abrufbar unter: <http://herzinfarktnetz.uk-wuerzburg.de/informationen/zeit-ist-muskel.html> (letzter Zugriff am 31.01.2012).
- Universitätsklinikum Würzburg (2010 b): Geschäftsbericht 2010. Würzburg.
- Universitätsklinikum Würzburg (2011 a): Homepage des Universitätsklinikums Würzburg. Forschung. Abrufbar unter: <http://www.uk-wuerzburg.de/forschung-lehre/forschung.html> (letzter Zugriff am 30.01.2012).
- Universitätsklinikum Würzburg (2011 b): Pressemitteilung vom 16.12.2011. Abrufbar unter: http://www.uk-wuerzburg.de/fileadmin/uk/portal/04_Aktuelles/PM_Herzinfarktnetz_Mainfranken_20111216.pdf (letzter Zugriff am 31.01.2012).
- Universitätsklinikum Würzburg (2012): Homepage des Universitätsklinikums. Das Deutsche Zentrum für Herzinsuffizienz. Abrufbar unter: <http://www.chfc.uk-wuerzburg.de/ueber-uns.html> (letzter Zugriff am 31.01.2012).
- Verband der Automobilindustrie (VdA) (2012): Fakten zur deutschen Automobilindustrie. Online abrufbar unter: <http://www.vda.de/de/> (letzter Zugriff am 08.08.2012).

- Wagner, Horst-Günter (1994): Mainfranken: Chancen und Risiken eines Wirtschaftsraumes. Gedanken zu einem Marketing-Konzept. In: Schenk, Winfried & Konrad Schliephake (Hrsg.): Mensch und Umwelt in Franken (=Würzburger Geographische Arbeiten, Band 89): 33–49.
- Zentrum für Telemedizin e.V. Bad Kissingen (ZTM) (2011): Informationsfaltblatt zum ZMT Bad Kissingen.

Bisher in der IHK-Schriftenreihe erschienen

IHK-Schriftenreihe	Titel	erhältlich bei der IHK	Vergriffen – kann in der Uni-Bibliothek ausgeliehen werden
Nr. 1/1966	Die Zukunft der Rhön		x
Nr. 2/1966	Verkehrsdrehscheibe Mainfranken		x
Nr. 3/1967	Rechtsgrundlagen und Organisation		x
Nr. 4/1967	Die Bevölkerungsentwicklung der Gemeinden, Städte und Landkreise des Regierungsbezirkes Unterfranken 1965 – 1990		x
Nr. 5/1968	Funktionsfähige Innenstädte		x
Nr. 6/1969	Die Landkreise Lohr und Marktheidenfeld Ein Beitrag zur regionalen Wirtschaftspolitik in Unterfranken		x
Nr. 7/1972	Haßberge – Steigerwald Sozioökonomische Entwicklungsprozesse in strukturschwachen Räumen		x
Nr. 8/1972	Berufs- und arbeitspädagogische Voraussetzungen für die betriebliche Ausbildung		x
Nr. 9/1977	Das Maintal: Entwicklungsachse und Lebensader einer Landschaft		x
Nr. 10/1979	Alfred Herold – Der Fremdenverkehr in Mainfranken Struktur, Möglichkeiten, Probleme	x	
Nr. 11/1984	Rechtsgrundlagen der IHK Würzburg-Schweinfurt		x
Nr. 12/1984	Das mainfränkische Autobahnnetz Entwicklung, Struktur und Funktion Ein kritischer Überblick aus geografischer Sicht von Alfred Herold	x	
Nr. 13/1990	Berlin-Leipzig-Würzburg-Stuttgart-Zürich Chancen einer dritten Nord-Süd-Magistrale von A. Herold, Würzburg	x	
Nr. 11/1992	Rechtsgrundlagen der IHK Würzburg-Schweinfurt		x
Nr. 14/1995	Bürokratieberuhigte Zone Mainfranken		x
Nr. 11/1995	Rechtsgrundlagen der IHK Würzburg-Schweinfurt		x
Nr. 11/1999	Rechtsgrundlagen der IHK Würzburg-Schweinfurt		x
Nr. 12/2003	Rechtsgrundlagen der IHK Würzburg-Schweinfurt		x
Nr. 11/2007	Rechtsgrundlagen der IHK Würzburg-Schweinfurt		x
Nr. 15/2008	Gründeratlas Mainfranken 2008	x	
Nr. 16/2008	Unternehmensrisiken erkennen und meistern Tipps zur Unternehmensentwicklung und Krisenprophylaxe	x	

IHK-Schriftenreihe	Titel	erhältlich bei der IHK	Vergriffen – kann in der Uni-Bibliothek ausgeliehen werden
Nr. 17/2008	Industriereport 2008 Zur Bedeutung der Industrie in Mainfranken		x
Nr. 18/2008	Entwicklungsperspektive für Mainfranken Handlungsempfehlungen aus Sicht der mainfränkischen Wirtschaft	x	
Nr. 19/2008	Realsteuerhebesätze 2008 Eine Untersuchung der IHK Würzburg-Schweinfurt	x	
Nr. 20/2008	Die Bau- und Immobilienwirtschaft in Mainfranken	x	
Nr. 19/2009	Die Entwicklung der Realsteuerhebesätze in Mainfranken 2009	x	
Nr. 21/2009	Gründeratlas Mainfranken 2009	x	
Nr. 22/2009	Die Mittelzentren des IHK-Bezirks Mainfranken	x	
Nr. 23/2009	Beteiligungskapital – Wege Chancen Perspektiven	x	
Nr. 24/2009	Verkehrsdrehscheibe Mainfranken 2009	x	
Nr. 19/2010	Die Entwicklung der Realsteuerhebesätze in Mainfranken 2010	x	
Nr. 25/2010	Besser finanziert – Förderleitfaden für den Mittelstand	x	
Nr. 15/2010	Gründeratlas Mainfranken 2010	x	
Nr. 26/2010	Verkehrsinfrastruktur, Verkehr und Logistik in Mainfranken	x	
Nr. 11/2011	Rechtsgrundlagen der IHK Würzburg-Schweinfurt	x	
Nr. 27/2011	Der demographische Wandel	x	
Nr. 15/2011	Gründeratlas Mainfranken 2011	x	
Nr. 28/2011	Die Geschäftsübergabe im Überblick	x	
Nr. 19/2011	Die Entwicklung der Realsteuerhebesätze in Mainfranken 2011	x	
Nr. 29/2011	Mainfränkische Unternehmen in einer globalisierten Wirtschaft	x	
Nr. 30/2011	Fachkräftesicherung – bilden, beschäftigen, integrieren	x	
Nr. 31/2012	Ökologische Nachhaltigkeit in klein- und mittelständischen Betrieben	x	
Nr. 15/2012	Gründeratlas Mainfranken 2012	x	
Nr. 19/2012	Die Entwicklung der Realsteuerhebesätze in Mainfranken 2012	x	

Schriftenreihe des Zentrums für Regionalforschung (ZfR) an der Universität Würzburg in Kooperation mit der IHK Würzburg-Schweinfurt

ZfR- Schriftenreihe	Titel	erhältlich beim ZfR
Nr. 1/2009	Facetten und Perspektiven der Regionalforschung in Unterfranken	x
Nr. 2/2010	Die Vernetzung der Region Mainfranken mit den benachbarten Metropolregionen	x

IHK Würzburg-Schweinfurt

Postanschrift: Postfach 58 40 | 97064 Würzburg
Büroanschrift: Mainaustraße 33-35 | 97082 Würzburg
Tel. +49 931 4194-0 | Fax +49 931 4194-100

Geschäftsstelle Schweinfurt | Karl-Götz-Straße 7 | 97424 Schweinfurt
Tel. +49 9721 7848-0 | Fax +49 9721 7848-650

E-Mail: info@wuerzburg.ihk.de | Internet: www.wuerzburg.ihk.de

ISBN 978-3-943920-01-7